



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **NATALIA ISABEL VIZCAÍNO URRESTA**, con CC. 171900681-7, autora del trabajo de graduación intitulado: **“RELACIÓN ENTRE LA ANGUSTIA MATERNA Y EL RECHAZO DEL BEBÉ A LA LACTANCIA”**. Estudio realizado desde la teoría psicoanalítica con 5 madres de bebés de hasta 8 meses de edad de la ciudad de Quito en el año 2016, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de Psicología.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, noviembre 2016

NATALIA ISABEL VIZCAÍNO URRESTA

CC. 171900681-7

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

“RELACIÓN ENTRE LA ANGUSTIA MATERNA Y EL RECHAZO
DEL BEBÉ A LA LACTANCIA.

ESTUDIO REALIZADO DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA
CON 5 MADRES DE BEBÉS DE HASTA 8 MESES DE EDAD DE LA
CIUDAD DE QUITO EN EL AÑO 2016”

NATALIA ISABEL VIZCAÍNO URRESTA
DIRECTORA: MTR. CRISTINA ORBE N.

QUITO, 2016

AGRADECIMIENTOS

En especial y sobre todo a mis padres quienes me han apoyado incondicionalmente.

A mis hermanas por ser fuente de inspiración y lucha.

A Danny, mí aliado en todo momento.

A Cris Orbe por su sabiduría, paciencia y esfuerzo.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	iii
INTRODUCCIÓN.....	1
1. La angustia desde la teoría psicoanalítica.....	4
1.1. Manifestaciones psicológicas de la angustia.....	9
1.2. Manifestaciones fisiológicas de la angustia.....	11
1.3. La angustia como reacción frente a una situación nueva.....	13
2. La lactancia como significativo de la relación madre-hijo.....	15
2.1. La lactancia como una forma de comunicación madre-hijo.....	18
2.1.1. El primer encuentro madre-hijo.....	22
2.1.2. La importancia de acoger el nacimiento del bebé.....	25
2.1.3. La lactancia como evidencia de la etapa sin objeto.....	30
2.2. Perturbaciones psicótóxicas.....	33
2.2.1. Repulsa activa primaria.....	36
2.2.2. Repulsa pasiva primaria.....	36
2.2.3. Tolerancia excesiva angustiosa primaria (Cólico del tercer mes).....	37
2.2.4. Hostilidad enmascarada de ansiedad.....	38
2.2.5. Fluctuaciones entre el mimo y la hostilidad (Cabeceo de los infantes).....	38
2.2.6. La hostilidad materna compensada conscientemente	39
2.3. El rechazo del bebé a la lactancia.....	40
3. Relación de la angustia materna con el rechazo del bebé a la lactancia.....	45
3.1. Metodología.....	45
3.1.1. Técnicas.....	47
3.1.2. Muestra.....	48
3.2. Entrevistas.....	48
3.2.1. Descripción de casos.....	50
3.2.1.1. Caso 1.....	50
3.2.1.2. Caso 2.....	54
3.2.1.3. Caso 3.....	56
3.2.1.4. Caso 4.....	60
3.2.1.5. Caso 5.....	63
3.2.2. Análisis de resultados.....	66
3.3. Discusión de resultados.....	69
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	73
BIBLIOGRAFÍA.....	76

RESUMEN

En la presente disertación se plantea como aspecto central la relación que existe entre la angustia materna y el rechazo del bebé a la lactancia, describiendo de ese modo a la angustia desde el psicoanálisis como una señal que alerta al sujeto cuando está en peligro (Chemama & Vandermersch, 2010). Se toma en cuenta la señal de angustia advirtiéndolo al sujeto de situaciones nuevas que está atravesando, en este caso específico, las madres se enfrentan a alimentar a sus hijos mediante lactancia. Otro punto importante que se aborda a lo largo de la misma mediante el estudio de los 5 casos es la profundización en la historia de vida de las madres angustiadas, los factores con los que se relaciona la angustia materna, los principales síntomas y signos que presentan los niños que rechazan la lactancia y los problemas vinculares que se desencadenan de la angustia materna.

INTRODUCCIÓN

“Se dice que no hay nada más poderoso en las relaciones humanas que el vínculo existente entre un bebé y su madre (o el pecho) durante la excitación de una primera experiencia alimentaria” (Winnicott, s.f, p. 1027), las ventajas de la relación entre la madre-pecho e hijo son innumerables en los ámbitos, nutricionales, intelectuales, emocionales y económicos.

Investigar qué relación tienen los factores que causan angustia en la madre para que se presente un rechazo del niño frente a la lactancia es un tema interesante y delicado ya que “se trata de una relación compleja, pues incluye la excitación de la anticipación, la experiencia de actividad durante la mamada, así como el sentimiento de gratificación, con el alivio de la tensión instintiva que trae aparejado la satisfacción” (Winnicott, s.f, p. 1028) con esto se puede concluir que la diada madre-pecho y bebé es muy importante para ambos ya que en esta etapa se transmiten muchas emociones de la madre al hijo y del hijo a la madre.

Al establecer una lactancia satisfactoria al tiempo que sigue siendo la única persona en la vida del bebé durante cierto tiempo, hasta tanto ella como el niño pueden sentirse como seres humanos totales, entonces el desarrollo emocional del bebé ha avanzado un largo trecho hacia el desarrollo sano, que constituye la base para una eventual existencia independiente en un mundo de seres humanos” (Winnicott, s.f, p. 1028).

El presente trabajo se llevó a cabo a partir de la teoría psicoanalítica, como base de la investigación los autores que se abordan son; René Spitz (1965/2001) con su libro “El primer año de vida del niño” en el cual se relatan las investigaciones del autor con respecto a bebés y niños recalcando así la importancia de la relación de objeto. Otro de los autores base de la investigación es Francoise Dolto, quien aporta con sus libros “La causa de los niños” (1986/1996) y “Seminario de psicoanálisis de niños” (1988/1999) en los cuales se somete a los lectores a una mirada del psicoanálisis en conjunto de datos históricos, sociológicos y científicos, sobre el lugar que la sociedad reserva a los niños, gracias a ello se puede concebir el nacimiento y el embarazo no solo desde una postura médica sino también psicológica y específicamente como un tema del psicoanálisis que cada vez se

involucra más con la infancia. El último autor principal que se tomó como núcleo de la investigación es Donald Winnicott quien rastreó los orígenes de la tendencia antisocial en una privación más o menos específica sufrida por el individuo en su infancia o niñez temprana, este autor aporta con una dimensión nueva sobre el desarrollo emocional, tomando en cuenta los factores relacionales entre la madre (cuidador principal)-hijo. Se buscó también contextualizar los factores que desencadenan angustia en las madres y aquellos que intervienen para que los bebés rechacen la lactancia, basándose en autores como René Spitz, Freud, Lacan y Winnicott.

En el primer capítulo de la disertación se describe la angustia desde la teoría psicoanalítica, para esto se ha tomado en cuenta como autor principal a Freud seguido de los aportes de Lacan y Spitz, a pesar de que todos tienen posturas diferentes en cuanto a la angustia y sus bases en muchas ocasiones parezcan contrapuestas, en esta disertación se da la oportunidad de establecer un diálogo entre todos ellos de modo que no es una discusión sino que, desde sus posturas enriquecen el sustento de la investigación.

Sigmund Freud, desde una postura biologicista explica qué es lo que sucede con el cuerpo humano cuando está angustiado, las reacciones fisiológicas que se desencadenan y las señales más comunes que se dan a partir de ella. Jacques Lacan, quien crea sus teorías después de leer a Freud y fascinarse con sus escritos da explicaciones un tanto más filosóficas, sociológicas y psicológicas acerca del objeto de estudio de esta disertación, la angustia. Ambos autores son tomados en cuenta ya que son el cuerpo principal del psicoanálisis, sin la intención de enfrentarlos y discutir la validez de cada una de sus posturas o los caminos y escuelas que se forman a partir de ellos, se describen sus teorías con la única intención de resaltar los principales aportes de cada uno acerca de la angustia.

Freud en el año 1926 habló con más detalle acerca del fenómeno de la angustia, a partir de este escrito pudieron desarrollarse muchos otros, sin embargo, en ésta investigación se podrá ver a la angustia, sobre todo, como un “inequívoco vínculo con la expectativa; es angustia ante algo. Lleva adherido un carácter de indeterminación y ausencia de objeto” (Freud, 1926/1979, p. 154), a pesar de que Freud escribe algunos textos importantes sobre el tema, los que se toman en cuenta como sustento principal de este

trabajo son; Inhibición, síntoma y angustia (1926) y la Conferencia 25 (1915-1927), se aborda además, de manera descriptiva la conferencia 32 (1932-1936).

En el segundo capítulo se trabaja a la lactancia como un significativo de la relación madre-hijo, para esto se toman en cuenta algunos psicoanalistas de niños, principalmente a aquellos que han dedicado su trabajo a la investigación de bebés, entre ellos tenemos a Spitz quien profundiza acerca de la relación madre-hijo y puede dar cuenta de las consecuencias que puede tener en la vida psíquica de los niños el privarles del contacto materno, además éste autor describe al primer año de vida del niño desde el día de su nacimiento, el autor afirma que “inmediatamente después del parto, el infante muestra una breve angustia respiratoria y manifestaciones de excitación de matiz negativo. Si se le deja en paz, todo esto desaparece literalmente en cuestión de segundos, dando paso a una quietud total” (Spitz, 1965/1993, p. 41). Esto implicaría que, es el cuidador el encargado de propiciar al niño un ambiente de paz para que la angustia pueda disminuirse, pudiendo así proporcionarle alimento, calor y afecto para que pueda sentirse acogido.

En el tercer capítulo podrán encontrarse los elementos particulares descubiertos en el estudio de cada uno de los casos con respecto a la relación de la angustia materna y el rechazo de los niños a la lactancia, en éste apartado se describe detalladamente el momento del encuentro de las madres con sus hijos, las primeras sensaciones de ellas con respecto a sus hijos, las manifestaciones de los niños al momento de la lactancia, las sensaciones y pensamientos de las madres en los primeros días de nacidos de sus hijos, las expectativas que las madres tenían antes de encontrarse con sus bebés y sobre todo cómo se ha ido estructurando la diada madre-hijo a partir de la no lactancia.

1. LA ANGUSTIA DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

En este capítulo se intenta describir a la angustia desde la teoría psicoanalítica, abordando algunas de las posturas más importantes y trascendentes que hablan sobre ella. Se hará énfasis en la angustia generada y relacionada a la diada madre-hijo, por tal razón no se profundiza el tema desde un enfoque general.

Sigmund Freud definió a la angustia como “una reacción frente a la ausencia del objeto” (Freud, 1926/1979, p. 130). Esta ausencia de objeto se manifiesta en el ser humano desde el comienzo de la vida, el “primer estado de angustia se originará en la separación de la madre” (Freud, 1932-1936/1979, p. 360). La separación de la madre definida como el momento en el que ella se aleja de su hijo, aunque sea por momentos cortos, es una separación necesaria tanto para el hijo como para la madre y no es solo el hijo quien se angustia cuando despierta y no la ve, sino también la madre cuando no puede estar pegada a él. El bebé al despertar se angustia no solo porque no encuentra a su madre, también se angustia al no encontrar alguna de sus necesidades satisfechas (hambre, temperatura, cambio de posición, enfermedad, limpieza, etc.) (Winnicott, 1952).

Freud desde el comienzo habló de la angustia que sienten los niños al separarse de sus madres, angustia sentida como una “expresión de desconcierto, como si este ser, muy poco desarrollado todavía, no supiese qué hacer con su investidura añorante” (Freud, 1926/1979, p. 129). El bebé no puede hacer nada sin su cuidador, puesto que no está preparado para ello, al comienzo de la vida humana es otro quien suple sus necesidades y a medida que pasa el tiempo tiene que aprender a ser él mismo quien lo haga y a identificar qué es lo que le pasa y lo que siente. El bebé desde muy temprano reacciona angustiado frente “al peligro de la pérdida del objeto” (Freud, 1926/1979, p. 158), a esta edad el niño siente que cuando su madre se aleja de él no va a volver más, con el tiempo él va entendiendo que su madre regresa, sin embargo, esa angustia no siempre desaparece frente a la ausencia física de la madre.

Para Freud queda muy claro que la angustia necesita de ausencia de objeto para existir, es decir, el ser humano se angustia por perder el objeto amado, la angustia viene a ser “una reacción frente a la percepción de un peligro exterior, es decir, de un daño esperado, previsto; va unida al reflejo de la huida, y es lícito ver en ella una manifestación

de la pulsión de autoconservación” (Freud, 1932-1936/1979, p. 357), este afecto se presenta únicamente cuando se ve amenazado de perder el objeto, en el niño, el peligro de perder a su madre sería fatal ya que la necesita para absolutamente todo, su autoconservación se basa en tener cerca a esta cuidadora que resuelve sus necesidades en cuestión de minutos.

La angustia, al ser un afecto que se manifiesta como sensación tiene la función de alertar, “es un afecto cuya posición a *mínima* es ser una señal” (Chemama & Vandermersch, 2010, p. 39), quiere avisar al sujeto de que corre peligro, de que algo está pasando, “hay dos posibilidades de emergencia de la angustia: una, desacorde con el fin, en una situación nueva de peligro; la otra, acorde con el fin, para señalarlo y prevenirlo” (Freud, 1926/1979, p. 128). Es evidente entonces, que los afectos y específicamente la angustia son necesarios para la vida, sirven como protección, como descarga, como señal y sobre todo como una vía de escape de la represión.

Este autor hablaba ya en 1926 de un nexo entre la inhibición y la angustia. “Muchas inhibiciones son, evidentemente, una renuncia a cierta función porque a raíz de su ejercicio se desarrollaría angustia” (Freud, 1926/1979, p. 84) y esto viene a dar una luz al tema de esta disertación, “puede llamarse una inhibición a una limitación funcional del yo, y por esa vía se ahorra el ataque de angustia” (Freud, 1932-1936/1976, p. 77). Tomando como parte principal que la inhibición de la lactancia puede estar producida por una cantidad elevada de angustia que hace que el proceso y la función quede completamente anulada. La inhibición del proceso de lactancia evidencia la presencia de angustia de la madre en esta función que le ha sido otorgada, ya sea porque es el bebé quien anula su acción o ella misma quien se inhibe de hacerlo por verse incapaz de suplir mediante su seno las necesidades de su hijo (Freud, 1926,1979).

Debe quedar claro que para Freud, en sus primeros acercamientos a la angustia propone un “inequívoco vínculo con la expectativa; es angustia ante algo. Lleva adherido un carácter de indeterminación y ausencia de objeto; y hasta el uso lingüístico correcto le cambia el nombre cuando ha hallado un objeto, sustituyéndolo por el de miedo” (Freud, 1926/1979, p. 154), el miedo aparece con el objeto, no por ausencia de él sino por la presencia misma del objeto, es decir, la diferencia clara entre la angustia y el miedo para Freud es que la angustia aparece cuando no se quiere perder el objeto y el miedo aparece

por la presencia del objeto amenazante. Aunque posteriormente Freud desarrolla más sobre la angustia y propone una clasificación de la misma, a percepción de la autora, es en estos primeros escritos en donde se encuentra la raíz de ésta investigación.

Antes de que Lacan pudiera escribir el seminario 10, en donde desarrolla su teoría sobre la angustia, se dio el trabajo detenido de leer, además de otros textos, *Lo Ominoso* (1919), escrito por Freud, el cual le sirvió de inspiración para entender qué era lo que le pasaba al sujeto con relación al misterio de la angustia. El texto le sirvió para darse cuenta de que tanto los niños como los adultos se hacen muchas fantasías acerca de lo que pasa en su alrededor y es en estas fantasías donde surge un efecto ominoso, este efecto ominoso viene a remplazar la sensación angustiante ya que implica una mezcla entre la fantasía y la realidad, mientras que la angustia se muestra solamente como algo real, no pasa por la fantasía de que algo pueda suceder, sino que, el sujeto tiene la seguridad de que está siendo amenazado (Freud, 1919/1979).

Lo ominoso aparece cuando “se borran los límites entre la fantasía y realidad, cuando aparece frente a nosotros como real algo que habíamos tenido por fantástico, cuando un símbolo asume la plena operación y el significado de lo simbolizado, y cosas por el estilo” (Freud, 1919/1979, p. 244). Al mezclarse la fantasía con la realidad el sentimiento angustioso cambia por el de ominoso, es distinto debido a que le genera una incertidumbre al sujeto sobre si lo que está viendo es real o no, el sujeto queda fascinado frente a lo que está viendo y no se angustia más, parece como si lo ominoso viniera a revivir algún momento que el sujeto ha vivido, es decir, una parte que le es familiar pero que el sujeto no logra asociar ni familiarizar en ese momento, queda perplejo ante lo que pasa.

Lacan toma este texto para comenzar a explicar la angustia debido a que él considera, también, a la angustia como algo que revive todo el tiempo, que remonta a los primeros años de vida, que se va formando a la par con el sujeto y lo confunde todo el tiempo. El revivir los hechos es lo que en psicoanálisis se llama la *repetición*, “se siente como ominoso justamente aquello capaz de recordar a esa compulsión interior de repetición” (Freud, 1919/1979, p. 238).

Jacques Lacan para escribir sus postulados parte de los textos de Freud para decir algo sobre angustia, sin embargo, él a pesar de admirar mucho a Freud llega a decir sobre la angustia, casi lo contrario de su colega. Para Lacan la angustia es “la tentación, no la pérdida del objeto, sino la presencia, los objetos que no faltan” (Chemama & Vandermersch, 2010, p. 39), para él la angustia no se produce por perder el objeto amado sino por la presencia misma de ese objeto.

Es interesante el punto desde el que parte este autor puesto que pone a la angustia en relación con el Otro y puede llegar a explicar qué es lo que hay en esta relación que hace que el sujeto se angustie, “es siempre lo que nos deja dependiendo del Otro, sin palabra alguna, fuera de simbolización” (Chemama & Vandermersch, 2010, p. 39). En este sentido, lo que produce angustia en un sujeto es el no poder separarse del objeto, el no poder diferenciarse, el sentirse invadido por el objeto y además, y sobre todo, por no poder darle sentido a lo que pasa a su alrededor, el no diferenciar una cosa de otra.

A diferencia de los postulados de Freud, para Lacan la angustia “no es la manifestación de un peligro interno o externo. Es el afecto que captura a un sujeto, en una vacilación, cuando se ve confrontado con el deseo del Otro” (Chemama & Vandermersch, 2010, p. 38), el riesgo que siente correr el sujeto es perder sus cualidades mismas de sujeto, de un sujeto deseante, el cual si es invadido por el objeto no podría desear ya que para desear es necesario que algo le falte. Es en este punto en donde se centra Lacan para decir que, el sujeto se angustia “cuando algo, no importa qué, viene a aparecer en el lugar que ocupa el objeto causa de deseo” (Chemama & Vandermersch, 2010, p. 38), como si viniera el objeto a expresarse frente al sujeto y apoderarse de él. Lacan sustenta, además, su teoría en la falta, esta falta en la cual el sujeto se apoya para poder desear, para poder vivir, una falta sin la cual no habría sujeto (Lacan, 1962-1963/ 2007).

Jacques Lacan también escribió sus postulados acerca de la angustia sentida por los niños, sobre todo en la relación madre-hijo, lo que a él le preocupaba no era el momento de separación de la madre con el bebé, sino el exceso de unión entre ambos, “lo que engendra la angustia de la pérdida del seno en un lactante no es que ese seno pueda llegar a faltarle, sino que lo invada con su omnipresencia” (Chemama & Vandermersch, 2010, p. 39). Los bebés desde muy temprano sienten angustia, la angustia originaria para Lacan no es la

misma que para Freud ya que en este sentido la angustia aparece cuando hay Otro que se apodera del sujeto. Los bebés se angustian ya que la madre es quien suple de inmediato sus necesidades, como si tuvieran la misión de que nada les falte y es eso lo que necesita el bebé para ser sujeto, una falta, desear algo, algo que las madres “saben” qué es y completan esa falta produciendo en él la angustia. “Lo que constituye a la anomalía como aquello que es la falta, si de pronto eso no falta, en ese momento es cuando empieza la angustia” (Lacan, 1962-1963/ 2007, p. 52).

Haciendo una comparación entre las posturas de Freud y Lacan con respecto a la angustia, se pueden encontrar sobre todo discrepancias entre ellos, sin embargo, las dos posturas ayudan a explicar la compleja relación entre la madre y el bebé, una relación que se forma mucho antes del nacimiento del niño y que se consolida con cada uno de los días que transcurren, esta complejidad debida a la necesidad del bebé de un Otro que lo reconozca y sin el cual no podría decirse sujeto (Lacan, 1962-1963/ 2007).

Si para Freud la angustia es causada por una falta de objeto, por una separación de la madre, o del falo, para Lacan la angustia no está ligada a una falta de objeto. Surge siempre en cierta relación entre el sujeto y ese objeto perdido antes aún de haber existido (Chemama & Vandermersch, 2010, p. 38).

En relación con el bebé, para Freud la angustia demuestra ser “producto del desvalimiento psíquico del lactante, que es el obvio correspondiente de su desvalimiento biológico” (Freud, 1926/1979, p. 130). El hace referencia a la angustia que siente el bebé por la dependencia absoluta que tiene con su cuidador, es decir, el bebé no vive sin su madre y se angustia cuando ella se aleja porque no puede satisfacer ninguna de sus necesidades por sí mismo, sin embargo, Lacan muestra que la angustia en los bebés se produce en el momento en que sus necesidades son cubiertas de inmediato por la madre y no hay espacio para la falta en esa relación de omnipresencia que se apodera de ellos (Chemama & Vandermersch, 2010, p. 39). Las posturas de Freud y Lacan tienen importancia y vigencia hasta la actualidad ya que son las fuentes primarias del psicoanálisis, es por ésta razón que se las toma en cuenta como base de la disertación y como el núcleo de este, el primer capítulo de la misma.

1.1. Manifestaciones psicológicas de la angustia

En este apartado se intenta explicar la angustia que sienten las madres con la llegada de sus hijos, o quizás, cómo la angustia se manifiesta sobre todo en estos momentos. Con la llegada de los hijos la familia debe modificarse, hacer adaptaciones, cambiar cosas y prepararse para la llegada del nuevo ser, sin importar si el hijo que viene es el primogénito o el último de la familia, los cambios son inevitables.

Las madres durante el embarazo suelen preguntarse muchas cosas acerca de la vida del nuevo ser que está por llegar, estas preguntas hacen que la madre además de prepararse para recibir a su hijo, también sienta miedo. ¿Qué es lo que produce todas estas dudas? Al parecer hay algo que es innato en el sujeto que hace que todos estos sentimientos advengan “La angustia no es la duda, la angustia es la causa de la duda” (Lacan, 1962-1963/ 2007, p. 87). A partir de esta interesante cita se pueden desarrollar varias cosas, la primera de ellas vendría a dar cuenta de que la angustia está siempre presente ahí y sobre todo en situaciones que demandan que el sujeto se pregunte sobre sus decisiones.

Otra cosa que se puede desarrollar a partir de ese postulado es que la duda parece querer acabar con ese sentimiento que está antes de que se dude, es decir, se comienza a dudar y a preguntarse por las situaciones para intentar de alguna manera calmar esta angustia que estaría implantada en el sujeto “la duda, los esfuerzos que invierte, todo ello no es sino para combatir la angustia, y precisamente mediante engaños. Es que se trata de evitar lo que, en la angustia, es certeza horrible” (Lacan, 1962-1963/ 2007, p. 88) las madres mucho antes del embarazo y más aún después del nacimiento de su hijo invierten grandes cantidades de esfuerzo por acabar con estas dudas y resolver las incertidumbres que una vida nueva puede acarrear, sin embargo, la angustia parece no desaparecer, sino solo ser engañada, apaciguada por un momento hasta que otra pregunta vuelve a surgir.

Freud en 1895 escribió ya que el origen de la angustia estaba en la psique “cae en el afecto de la angustia cuando se siente incapaz para tramitar, mediante la reacción correspondiente, una tarea (un peligro) que se avecina desde afuera” (Freud, 1926,1979, p. 76). Para Freud, este sentimiento de incapacidad vendría a ser lo que desencadena todo, y relacionándolo con la angustia primaria tendría sentido decir que el primer afecto de angustia se produce cuando el bebé se ve incapacitado de todo sin la ayuda de su madre.

Desde ese momento y para siempre, se va reviviendo el sentimiento de angustia cada vez que el sujeto no puede “reequilibrar la excitación (sexual) endógenamente generada” (Freud, 1926,1979, p. 76). Hay un estímulo interno que se proyecta hacia afuera (como el bebé cuando quiere comer y no encuentra a su madre cerca, entonces exterioriza su angustia llorando.)

Es evidente que el sentimiento de angustia es displacentero, puesto que el sujeto se ve amenazado, la sensación es una “acumulación de deseos insatisfechos y, por ende, a una situación de desvalimiento” (Freud, 1926,1979, p. 76), sin embargo no a todo sentimiento de displacer se lo puede llamar angustia ya que según Freud, ésta se da por ausencia del objeto amado. En primera instancia la angustia se manifiesta “como señal de displacer y solo luego como señal de angustia” (Freud, 1926,1979, p. 79), el sujeto identifica que hay algo que está amenazando su existencia, algún peligro de pérdida se avecina y es ahí cuando aparece la angustia.

Cuando una mujer ha tenido un hijo la angustia se hace más evidente puesto que “más que la ausencia o la pérdida real del objeto, se trata de la pérdida de amor de parte del objeto” (Freud, 1926,1979, p. 135). No se trata solamente de no saber qué hacer con este nuevo ser que ha llegado a la familia, sino también de no saber cómo ganarse el amor del hijo hacia ella, de ser la mejor mamá para el bebé, de cumplir con todas sus demandas y no dar espacio a la falta, el amor del hijo hacia ella tiene mucha relación con el narcisismo de la madre, ya que si no se gana el amor de su hijo, daría cuenta de que ella es “mala madre” de lo contrario sería la madre que la sociedad espera que sea “madre buena” la que satisface las necesidades de su hijo de manera inmediata. (Freud, 1926,1979).

Para Lacan la angustia “no es la señal de una falta, sino de algo que es preciso concebir en un nivel redoblado como la carencia del apoyo que aporta la falta” (Lacan, 1962-1963/ 2007, p. 64). En los niños es producida por un exceso de atención, está relacionada con una necesidad del niño de separarse un poco de su madre que suple y soluciona todo lo que el demanda “es de su colmamiento total de donde surge la perturbación en la que se manifiesta la angustia” (Lacan, 1962-1963/ 2007, p. 77). Para que pueda construirse el sujeto es necesario que exista ausencia, una ausencia que permita dar lugar a la falta y al deseo ya que “esta ausencia es también la posibilidad de una parición

regida por una presencia que está en otra parte” (Lacan, 1962-1963/ 2007, p. 55). El lugar de la presencia no estaría en las madres que están todo el tiempo solucionando las necesidades del bebé sino de un Otro que acompaña al sujeto, que lo reconoce.

La posibilidad de la ausencia es eso, la seguridad de la presencia. Lo más angustiante que hay para el niño se produce, precisamente, cuando la relación sobre la cual él se instituye, la de la falta que produce deseo, es perturbada, y ésta es perturbada al máximo cuando no hay posibilidad de falta, cuando tiene a la madre siempre encima, en especial limpiándole el culo, modelo de la demanda, de la demanda que no puede desfallecer. (Lacan, 1962-1963/ 2007, p. 64)

Es común que las madres se angustien con la llegada de un nuevo ser, sería bastante raro encontrarse con futuras mamás que no se pregunten nada acerca de la llegada de sus hijos, sin embargo lo esencial en la llegada de un hijo es la actitud total de la madre (Winnicott, 1954, p. 1028). Lo importante sería que estas madres no dejen que la angustia les invada inhibiendo alguna de sus funciones, en el caso específico de ésta disertación que la lactancia no sea inhibida por exceso de angustia.

La inhibición de la lactancia vendría a ser un síntoma protector para que no exista un estallido de angustia “Puede llamarse síntoma a toda inhibición que el yo se imponga, los síntomas tienen el propósito y también el resultado, de prevenir tales estallidos de angustia” (Freud, 1926,1979, p. 136), los síntomas al tener una función no pueden ser ignorados, debe prestarse mucha atención cuando hay una madre que no puede dar de lactar a su hijo, puesto que podría ser importante dejar el espacio para que no se de la lactancia. La relación madre hijo en madres con exceso de angustia podría ser bastante tóxica si se intenta forzar a la lactancia sin saber en qué condiciones psicológicas se encuentra la madre. (Spitz, 1965/1993).

1.2. Manifestaciones fisiológicas de la angustia

Freud en su texto Inhibición, síntoma y angustia (1926) se refirió en especial a las manifestaciones fisiológicas de la angustia, manifestaciones que si bien fueron evidenciadas hace bastantes años, no es raro encontrar que se sigan presentando en muchos de los casos de angustia.

Percibimos en la angustia sensaciones corporales más determinadas que referimos a ciertos órganos. Las más frecuentes y nítidas son las que sobrevienen en los órganos de la respiración y en el corazón. Otras tantas pruebas, para nosotros, de que en la angustia como totalidad participan intervenciones motrices, vale decir, procesos de descarga. (Freud, 1926,1979, p. 126).

Los órganos de la respiración y el corazón están asociados a una aceleración del sistema circulatorio, es decir, una vez que hay una señal de amenaza todo el interior se acelera para poder reaccionar de una manera más rápida “la angustia es la reacción general frente a la situación de peligro; se reafirma el papel del yo como almacén de la angustia al adjudicársele la función de producir el afecto de angustia de acuerdo con sus necesidades” (Freud, 1926,1979, p. 151), no sería raro que los síntomas asociados a la angustia sean sentidos como aceleración o dificultad en la respiración, taquicardias, etc.

“Si la angustia alcanza una fuerza desmedida, resulta inadecuada en extremo: paraliza toda acción, aun la de huida, la reacción frente al peligro consiste en una mezcla de afecto de angustia y acción de defensa” (Freud, 1915-1917, 1979, p. 358), este afecto al permitir al sujeto alertarse frente al peligro, es fundamental que la persona reaccione frente a él y no quede bloqueada como en muchos casos de inhibición, debe poder reaccionar frente a la insatisfacción, mientras más impotencia sienta el sujeto frente a la situación amenazante habrá más probabilidad de que quede perplejo ante ella y alguna de las funciones se anule. (Freud, 1915-1917, 1979).

A nivel fisiológico lo primero que sucede en ella “es el apronte para el peligro, que se exterioriza en un aumento de la atención sensorial y en una tensión motriz” (Freud, 1915-1917, 1979, p. 358), una persona angustiada comienza agudizando sus sentidos, es como si pudiera sentir las cosas como comúnmente se dice “a flor de piel”, está a la defensiva y su umbral sensorial terminal es mucho más bajo, es por este aumento de sensibilidad que los órganos están tensos y listos para cualquier reacción (no siempre es la más adecuada), suelen ser reacciones muy primarias. (Freud, 1915-1917, 1979).

El afecto de angustia incluye, en primer lugar, determinadas inervaciones motrices o descargas, en segundo lugar, ciertas sensaciones, que son, además, de dos clases: las percepciones de las acciones motrices ocurridas, y las sensaciones directas de placer y

displacer que prestan al afecto, como se dice, su tono dominante. (Freud, 1915-1917, 1979, p. 359)

Es común encontrar personas que identifiquen claramente cuando están angustiadas, puesto que los síntomas fisiológicos pueden ser muy evidentes, sobre todo cuando existen grandes cantidades, los latidos del corazón suelen ser muy perceptibles, el aumento en la velocidad de la respiración y una gran cantidad de tensión en los músculos y extremidades. (Freud, 1915-1917, 1979).

1.3. La angustia como reacción frente a una situación nueva

Sin importar si el hijo que nace es el primero o el último hijo de la familia, tener un bebé es y va a ser siempre una experiencia nueva, cada hijo viene en diferentes circunstancias, en diferentes contextos, la economía de la familia no suele ser la misma, la situación parental en ocasiones varía drásticamente e incluso la actualidad del país suele ser un factor importante a tomarlo en cuenta.

La madre “de un pequeño está biológicamente condicionada para su misión de especial orientación hacia las necesidades del pequeño” (Winnicott, 1956, p. 1), sin embargo esta preparación biológica para la que ha sido llamada tiene una relación muy fuerte con los factores del contexto que atraviesen los padres del bebé.

Todo estímulo demanda un cambio o una respuesta de parte de la persona, “toda reacción a una situación implica la totalidad de la respuesta orgánica” (Lacan, 1962-1963/ 2007, p. 72), las reacciones pueden variar desde la más simple hasta la más compleja, en el caso de un bebé nuevo, será todo el sistema familiar el que debe cambiar, y los cambios suelen estar asociados a la angustia, recordando que es la angustia la que produce las dudas.

No sería acertado suponer que una vez que el bebé nace termina la angustia y con esto las dudas, por el contrario, éstas se manifiestan de diferente manera. Una madre angustiada reacciona frente al encuentro con su bebé de una manera distinta a una madre que puede invertir su libido. Así tenemos que “una madre excesivamente angustiada reacciona a toda manifestación de desagrado de su bebé, alimentándolo o amamantándolo” (Spitz, 1965/1993, p. 163), la solución de ellas será siempre darle el biberón o el seno. Los

bebés expresan su desagrado llorando puesto que no tienen otra forma de hacerlo y si las madres bloquean esta reacción del bebé alimentándolo podrán sentir que han resuelto el problema y así calmar su angustia.

Las manifestaciones de las madres angustiadas frente a estas situaciones nuevas suelen variar, sin embargo las más comunes se relacionan con, “utilizar la cuna lo más posible, o hasta entregar al bebé al cuidado de una niñera, seleccionada por su habilidad natural para ocuparse de los bebés” (Winnicott, 1998, p. 37). Las madres inseguras de su capacidad de cuidar al bebé suelen delegar esta tarea a personas de su confianza, generalmente sus propias madres, además de que “una madre excesivamente preocupada es menos capaz de distinguir si el niño tiene realmente hambre, o si grita por otras razones, que una madre con menos sentimientos de culpabilidad” (Spitz, 1965/1993, p. 164).

No se trata de culpabilizar a las madres por sus respuestas frente a su angustia, muy por el contrario sería importante dejar que ellas puedan expresar todas estas dudas acerca de la maternidad y que encuentren la forma que a ellas les parezca mejor de relacionarse con sus hijos, no se trata tampoco de crear estereotipos que las madres deban seguir para poder “estar bien” puesto que los manuales o los modelos no servirían sino para angustiar más a las madres. Se trata de que ellas descarguen todas estas dudas, no que se llenen de más información de cómo hacerlo. (Winnicott, 1998).

La madre estará siempre angustiada por la posibilidad de perder o no conseguir el amor de su hijo más que por la ausencia misma de él, (Freud, 1926,1979). No le preocupa tanto que el bebé este ausente sino que el bebé no la ame y esta demanda de ella hacia su hijo la perturba y le produce un sentimiento de displacer, el no saber qué hacer con esta criatura y habría que ayudarla en el mejor de los casos a que encuentre eso que ella sabe (sabe lo que tiene que hacer) pero no lo ha encontrado.

2. LA LACTANCIA COMO SIGNIFICANTE DE LA RELACIÓN MADRE-HIJO

La relación madre-hijo se construye mucho antes del embarazo, cuando los padres imaginan cómo van a ser sus hijos ya están construyendo una relación con ellos aunque físicamente no existan (Dolto, La causa de los niños, 1986).

La relación madre-hijo se fortalece de diversas maneras, una de ellas y la más común es mediante la lactancia. La lactancia si bien no es la única forma en que una madre se acerca a un hijo o un hijo a su madre “parecería que las madres que pueden dar el pecho al bebé encuentran una experiencia mucho más rica para sí mismas en la lactancia natural, y ello parece contribuir al temprano establecimiento de una relación entre dos seres humanos” (Winnicott, 1954, p. 1028), no es solo el hecho de alimentar al bebé, es el contacto de la piel de la madre con los labios del bebé, del calor de los cuerpos unidos, de la mirada que sostiene la madre con su hijo mientras lo alimenta, de la forma en que el bebé toca el pecho de la madre mientras se alimenta. Las madres sienten que están dando una parte de ellas mismas a su hijo y el niño lo recibe y se calma.

Dar de lactar es mucho más que la sola alimentación “se trata de una relación compleja, pues incluye la excitación de la anticipación, la experiencia de actividad durante la mamada, así como el sentimiento de gratificación, con el alivio de la tensión instintiva que trae aparejado la satisfacción” (Winnicott, 1954, p. 1028). Basta ver la emoción de un bebé cuando su madre se alista para amamantarlo para comprobar lo que ya Winnicott en 1954 se dio cuenta, habrá que fijarse también cómo la mamá le prepara a su hijo para recibir el seno, no es solo ponerlo en la posición para que pueda comer, sino también lo que le dice, la madre lo anticipa hablándolo y él se emociona con todo el cuerpo y responde con balbuceos.

“Un bebé no puede existir solo, sino que constituye una parte esencial de una relación” (Winnicott, 1947, p. 340), un bebé necesita de su madre para absolutamente todo, no podría sobrevivir sin un cuidador, no existe el uno sin el otro “el desarrollo emocional de un bebé en el comienzo sólo puede construirse a partir de la relación con una persona que debería ser, idealmente, la madre” (Winnicott, 1947, p. 342), idealmente la madre puesto que es ella quien puede encargarse de la alimentación de forma más rica.

La mamadera que se da en lugar del pecho, o que se introduce en las primeras semanas, debe ser un objeto por su propia cuenta, y en cierta medida representa una barrera entre el bebé y la madre, y no un vínculo (Winnicott, 1954, p. 1029).

Si bien la postura de Winnicott 1954, es radical al pensar que es el objeto (mamadera) el que se interpone o se usa como barra en el vínculo madre-hijo, tomando a la misma como un medio para lograr la alimentación mas no como una cuestión de contacto, habrá que analizar en cada uno de los casos si efectivamente la mamadera posibilita un acercamiento o cumple únicamente la función de alimentación del bebé.

Una madre que cuida de su hijo, puede identificar más rápido cuáles son las razones por las que su hijo demanda atención y además sentir que es madre del bebé, “el amamantamiento y la crianza personal le hacen sentir a una madre que su hijo es real” (Winnicott, 1960, p. 2), no solo que su hijo es real sino que ella realmente es la madre de esa criatura. Permanecer cerca de su hijo y cuidarlo le permite establecer un vínculo diferente y exclusivo.

El bebé por su parte “estimula al pecho y a todo lo fisiológico, y es verdadero pero no suficiente” (Winnicott, 1948, p. 590), no es suficiente en la medida que es la madre quien tiene que proporcionar un ambiente facilitador para que este niño pueda estimular la parte fisiológica, es ella quien deberá prepararlo para la hora de la comida, debe hablarlo, mirarlo y tocarlo, por supuesto de manera espontánea, no se trata de una receta ni de obligar a las madres a que lo hagan, sería probablemente peor que se de una relación forzada, presionada y rígida. Cada vínculo entre madre e hijo y cada proceso de lactancia es distinto, no sería de ningún modo recomendable hacer manuales que digan a las madres cómo ser madres, claro que esos manuales existen, pero no se está hablando de eso, se trata de dar espacio a las madres para que establezcan su relación con su hijo de la forma más natural posible, que puedan experimentar, sentir y conocer a sus bebés, que no se basen en los libros sino en la comunicación con su hijo, en el contacto con ellos y solo así entenderse y comunicarse mutuamente (Winnicott, 1998).

En este momento de su vida vive a través de su boca y ama con ella, y la madre vive a través y ama con sus senos o con cualesquiera partes de su rostro y su cuerpo que se afanen por proporcionarle al hijo lactante aquello que necesita (Erikson, 1968, p. 84).

El seno de las madres en los primeros días parece ser la solución a todo, es el poder de las madres de calmar a sus hijos con una parte de sí mismas y la forma en la que ellos reciben el alimento y el amor de ellas. “La madre ayuda también al infante a tratar con los estímulos que proceden de su interior, proporcionándole una descarga a la tensión” (Spitz, 1965/1993, p. 44), cuando al bebé le surge alguna necesidad llora, es la cuidadora quien debe identificar las razones por las que lo hace y ayudar a que esa tensión se descargue y quede tranquilo.

El titubeante e inestable organismo del recién nacido aprende tan sólo esta modalidad cuando aprende a regular su disposición a “tomar”, con respecto a los métodos de una madre que, a su vez, le permitirán coordinar sus medios de tomar mientras ella desarrolla y coordina sus métodos de dar (Erikson, 1968, p. 85).

El uno da y el otro recibe, sin embargo debe haber la disposición de ambos para que este proceso se establezca, debe estar la madre en un momento de disposición plena para que pueda suplir las necesidades de su hijo. La relación se establece entre ellos, la madre y el hijo, es la diada más importante de la vida del bebé, “Las madres que cuidan de sus propios bebés están más cerca de una exacta captación de sus sentimientos” (Winnicott, 1954, p. 1027).

En el caso de las madres que no han podido dar de lactar a sus hijos por diversas circunstancias, de ningún modo se quiere decir que está todo perdido, hay muchas otras formas de establecer el vínculo con los hijos. La lactancia materna no se sustituye por el biberón, sin embargo, es otra forma de alimentar a los bebés y “alimentar al bebé es siempre muy gratificante cualquiera sea el modo en que se lo haga” (Winnicott, 1998, p. 50) y el bebé se pondrá contento siempre y cuando la alimentación sea un momento gratificante para ambos, es por esta razón que forzar a las madres a dar de lactar solo desencadenaría un momento incómodo para ambos, una situación en la que la alimentación se vive como algo obligatorio, rígido y forzoso.

Un niño acepta una limitación y una temporización para la satisfacción de sus deseos, e incluso una prohibición de satisfacerlos alguna vez, si la persona que se los prohíbe es una persona amada, a cuyo poder y saber sabe que tiene derecho a acceder. Este alguien, este adulto, solo permite al niño acceso a la simbolización de sus pulsiones si, al mismo tiempo que la castración le da, siente respeto y amor casto por el niño a quien propone limitaciones

momentáneas o prohibiciones definitivas respecto de determinado goce parcial que el niño buscaba (Dolto, 1986, p. 72).

El destete sería pues un corte hecho por la madre para separar a su tiempo a él de su seno, sin embargo, las madres que no logran establecer un proceso de lactancia satisfactorio no necesita de un corte que separe a ambos ya que están separados debido a esta condición, el niño no pasa por este corte de la misma forma que lo hacen los que sí logran lactar. La alimentación debe ser momento satisfactorio para ambos, no hay una sola forma de hacerlo, se intentaría pues que los dos estén tranquilos con la forma que la madre lo alimenta y que el niño recibe a esta alimentación, sin importar si es el seno quien provee el alimento o se lo hace mediante una mamadera (Winnicott, 1931).

La carencia de una satisfacción oral adecuada es susceptible de demorar el desarrollo infantil y de producir un retraso en la locomoción, torpeza de movimientos, retraso en la aparición del habla o falta de capacidad para jugar y para establecer contacto con la gente (Winnicott, 1931, p. 1257).

“Una alimentación exitosa constituye una parte esencial de la educación del bebé (Winnicott, 1947, p. 341), esta alimentación exitosa definida como aquella que deja tranquilos a ambos, que proporciona el alimento al niño y establece un vínculo con la madre (no necesariamente amamantándolo), aquella que la madre decide establecer y que el niño acepta y le aporta con lo biológicamente necesario.

La cuantía de confianza derivada de la experiencia infantil más precoz no parece depender de cantidades absolutas de alimento o de demostraciones de cariño, sino más bien de la calidad de la relación con la madre (Erikson, 1968, p. 89).

La satisfacción no se asegura con la lactancia, pero sí con la forma que ambos hayan establecido para hacerlo. No es el objeto por tanto lo que asegura el logro o el fracaso en la alimentación o en el establecimiento de un vínculo entre la madre y el bebé. La señal clara de que hay satisfacción es que ambos parezcan tranquilos y conformes con la alimentación del bebé.

2.1. La lactancia como una forma de comunicación madre-hijo

Para comenzar es necesario aclarar que todo lo que se hace o se deja de hacer comunica algo a los que están alrededor, así son tomados en cuenta también los silencios,

los gestos, las cosas que no se dicen, las actitudes y las miradas. “Lo principal que una madre hace con su bebé no lo hace a través de las palabras” (Winnicott, 1967, p. 619), la forma en que lo sostiene, que lo mira, que lo toca y los sentimientos de ella hacia él suelen ser percibidos por el bebé como lo principal al momento de la crianza. Si bien la palabra es fundante en la formación del sujeto, es la actitud de la madre misma y lo que transmite de forma inconsciente lo que el bebé sentirá como verdadero.

“La madre que sostiene al bebé, y el bebé que es sostenido y que atraviesa rápidamente una serie de etapas evolutivas de extrema importancia para su afirmación como persona” (Winnicott, 1998, p. 128), la forma en que el niño es sostenido es lo que le proporciona la seguridad y comodidad, es evidente cuando un niño siente molestias, de modo que es la cuidadora quien debe modificar su postura, su actitud, su accionar y para ello es necesario que ese cuidador se sienta cómodo y seguro (Winnicott, 1998).

Las madres son capaces de comunicarse con sus bebés en la medida en que saben lo que ellos necesitan, incluso antes de que las necesidades se manifiesten, parecería que se comunican telepáticamente, “existe o no una comunicación según que la madre sea o no capaz de identificarse con el bebé, de saber lo que es la necesidad antes de que las necesidades específicas sean indicadas” (Winnicott, 1998, p. 142), cuando la madre es la cuidadora principal, va conociendo la rutina de su hijo, sabe cuando llora por hambre, por gases, temperatura, posición, etc. “Las relaciones satisfactorias necesitarán de satisfacciones más cercanas a lo fisiológico que a lo psicológico. Esas satisfacciones brindan al infante la seguridad, proveen lo preciso para la descarga de la tensión de la necesidad” (Spitz, 1965/1993, p. 154), lo psicológico se va formando a la par de lo fisiológico y las madres van demostrando el amor a sus hijos en la medida en que son capaces de satisfacer y de alguna manera entender qué es lo que sus hijos necesitan en el momento exacto en que lo necesitan.

Lo principal en el cuidado del niño es la comunicación que exista entre él y su madre, puesto que solo así se pueden atender las demandas del bebé “la comunicación sigue siendo la dimensión principal, si ella desarrolla un placer recíproco entre quienes se comunican” (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 351), la madre por su parte se siente

bien cuando puede calmar el llanto de su hijo o adelantándose a la petición del mismo y el niño se calma y se siente tranquilo cuando sus necesidades son bien atendidas.

Una madre que tiene el ánimo y la disposición de cuidar a su hijo es más probable que establezca una buena comunicación con el mismo “las señales afectivas generadas por la disposición de ánimo maternal se convierten en una forma de comunicación con el infante” (Spitz, 1965/1993, p. 109), la estabilidad y el equilibrio en el estado de ánimo suele ser uno de los factores principales.

Cuando se sostiene un periodo de lactancia y más aún si se lo hace de manera prolongada, la madre no solo alimenta a su hijo, también le transmite seguridad, amor, calor y se establece un vínculo sano, “fundamentalmente, el amor se expresa en términos físicos.... El cuidado que un bebé puede apreciar satisface necesidades psicológicas y emocionales, por mucho que parezca estar relacionado con simples necesidades físicas” (Winnicott, 1947, p. 341), la madre va solucionando las necesidades físicas del niño y el niño va amando a este ser que cuida de él, “el cuidado del bebé por parte de la madre, y la alimentación periódica que se desarrolla como si fuese un medio de comunicación entre ambos, una canción sin palabras” (Winnicott, 1998, p. 106).

La lactancia si bien es la forma de alimentación más común de los mamíferos, para algunas mujeres no les ha sido fácil lograr que sus hijos sean amamantados. Tiene que haber todo un contexto para que el bebé lacte del seno materno. La madre debe colocar el pecho dentro de la boca del niño y darle tiempo para que se familiarice con este objeto que se le pone en frente, es necesario que sienta el calor de la madre, que huelga el pecho, que pueda tocarlo y mirar a este ser que le ofrece algo (Winnicott, 1954). “Estas comunicaciones se producen dentro de la diada y consisten en procesos reflejos en circuito” (Spitz, 1965/1993, p. 106), solo después de que al niño se le hace familiar el seno de la madre, esto se da de forma espontánea.

Este proceso mediante el cual el niño se familiariza con el seno de su madre y la madre entiende la manera de llorar de su bebé, es único en cada diada. Unas madres se demoran más que otras “La madre debe defender su derecho a hacer las cosas bien y a su modo y su derecho a equivocarse” (Winnicott, 1998, p. 113), es la madre la que decide cómo va a alimentar a su hijo y no debe recibir presiones externas que hagan que se ponga

nerviosa y “olvide” eso que sabe. Las madres pueden saber mucho de sus propios hijos pero no sobre los hijos de unas madres nuevas que acaban de tener a sus bebés. “Los médicos y las enfermeras, que son necesarias en caso de emergencia, no pueden saber tanto como la madre (ha tenido un aprendizaje de nueve meses) cuáles son las necesidades inmediatas del bebé y cómo ha de adaptarse a ellas” (Winnicott, 1998, p. 114).

Las madres invadidas por la angustia prefieren encontrar un manual que les diga exactamente qué tienen que hacer, de esa forma van repartiendo la responsabilidad del cuidado de los hijos y así sus dudas van disminuyendo. El problema reside en que las personas que aconsejan u ordenan a las madres sobre qué y cómo deben hacer las cosas son los médicos que pueden saber mucho sobre su campo pero no sobre la relación de un bebé con su madre, eso solo saben los bebés y sus madres y específicamente, ese bebé con esa mamá (Winnicott, 1998).

La comunicación que se establece entre el bebé y la madre se da a nivel inconsciente y consciente, no es solo lo que la madre le dice al bebé, es también lo que el bebé asimila de su alrededor, del contexto en donde se desenvuelve, es mas un lenguaje mental, un lenguaje que se transmite sobre todo en el embarazo, cuando la madre siente lo que su hijo hace dentro de ella y el niño siente lo que la madre vive afuera. “El lenguaje mental es el que la madre realiza espontáneamente y que el niño percibe, aunque no esté dirigido a él, ya que por esta impronta puede quedar marcado un feto...el feto se mimetiza con la emoción de la madre” (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 210). No hace falta que existan palabras, esta comunicación es constante y casi que todas las madres pueden dar cuenta de ello. Cuando van sintiendo que su hijo se mueve dentro de ellas sin razón aparente y ellas tocan su vientre y comienzan a hablarle (sin palabras) solo con el pensamiento, como intentando calmarlo y el bebé parece entender y recibir esas palabras y se queda quietito.

Primero se establece una comunicación mental, solo después se van dando nuevas formas de comunicación en la diada, cuando el bebé nace, se pierde un poco de ello puesto que parece que ahora que no está el bebé adentro deberán comunicarse con él para afuera, la lactancia ayuda a que éste vínculo entre ambos se fortalezca, es una comunicación en la medida que es por esta vía que la madre responde a las peticiones de su hijo “lo primero

que hay que hacer para considerar la experiencia alimentaria de un bebé es pensar en términos de la *riqueza* de esa experiencia y del compromiso de toda la personalidad” (Winnicott, 1998, p. 48). Este momento debe ser rico para ambos, basta que uno de los dos no se sienta cómodo con la lactancia para darse cuenta que no está siendo una experiencia satisfactoria. En muchos casos la lactancia se interrumpe solo un momento, unos días o unos meses hasta que ambos vayan acercándose poco a poco, con su tiempo lógico, un tiempo que se establece entre ellos y que solo ellos pueden saber cuando comienza y cuando termina (Winnicott, 1951).

2.1.1. El primer encuentro madre-hijo.

En la cultura occidental cuando una mujer queda embarazada las preguntas más frecuentes son ¿Para cuándo te toca? ¿De cuántas semanas estás? ¿Va a ser un niño o una niña?, si se presta mucha atención a todas o casi todas las preguntas o intervenciones en cuanto a este ser que está por llegar, se relacionan con el nacimiento del niño, con el momento de tenerlo físicamente. Los padres se preparan buscando nombres, comprando cosas, imaginando cómo va a ser cuando nazca, semanas antes de que esté previsto el nacimiento ya tienen lista la maleta que llevarán al hospital, deciden qué ropa van a ponerle y en la actualidad no es raro escuchar que deciden el día y la forma en la que el niño nacerá. “La vida psicológica del individuo no comienza exactamente en el momento del nacimiento” (Winnicott, 1998, p. 77). Comienza quizás antes de que la madre quede embarazada y se va formando a través de lo que los otros alcanzan a decir sobre el niño que viene. Todos estos imaginarios de los padres, familiares y gente cercana y todo lo que tiene que ver con el bebé ya está formando parte de su historia.

El nacimiento de un niño es un día importantísimo, toda la familia, amigos y el equipo médico está pendiente de ése momento y queda marcado para siempre en la historia de un niño y de sus padres, de ahí en adelante esa fecha se festejará como el cumpleaños, se va contando cada año que tiene el niño a partir del nacimiento.

“Ningún niño llega al mundo si no le hace falta a alguien” (Flesler, 2007, pág. 22), por supuesto que hay niños que han sido planificados por más tiempo que otros, quizás algunos llegaron completamente de “sorpresa” al mundo. Sea cual sea el caso en el que el niño nace, es importante recalcar que si llega al mundo es por la decisión de esos padres de

hacerlo nacer, es también un deseo del hijo llegar a la tierra y si llega es porque a alguien le hacía falta, por lo tanto el nacimiento vendría a ser la completud de esa falta (al menos momentáneamente) (Flesler, 2007).

En los primeros días, el niño “lo que percibe es la pauta y la técnica del cuidado materno, y también el detalle de sus pezones, la forma de sus orejas, la cualidad de su sonrisa, el calor y el olor de su aliento” (Winnicott, 1947, p. 340), se van conociendo, el bebé se familiariza con las características de su madre y la madre va entendiendo las necesidades de su hijo, desde el comienzo puede percibir cuánto come, en que posiciones se acomodan juntos, entre otras cosas que son imprescindibles con la llegada de un nuevo ser.

La primera vez que una madre intenta dar de comer a su hijo es una experiencia bastante intensa, suele ser común que las madres se sientan presionadas por su familia, por los profesionales de la salud y por el llanto mismo del bebé que no ha podido ser calmado, no es fácil que un niño lacte, se debe esperar un tiempo hasta que se familiarice con el pecho, hasta que pueda introducirse el pezón dentro de la boca y el bebé haga el ademán de mamar, sin embargo, este proceso que podría ser tan espontáneo puede verse afectado e interrumpido por la excesiva presión ejercida por el medio y por la propia madre que no quiere equivocarse ni fallar en nada que respecte a su hijo. “No hay nada más poderoso en las relaciones humanas que el vínculo existente entre un bebé y su madre (o el pecho) durante la excitación de una primera experiencia alimentaria” (Winnicott, 1954, p. 1027).

La tensión por la alimentación suele ir desapareciendo gradualmente, puesto que es común que las madres se involucren con facilidad en ésta dinámica, sin embargo, nunca dejan de lado sus preocupaciones de si el bebé está alimentándose lo suficiente, si ya deben introducir sólidos a la dieta, a qué edad es recomendable destetarlos, sobre el uso de los chupones y demás dudas que normalmente aparecen en esta etapa. “Muchas madres sienten que establecen contacto con el bebé en el curso de los primeros días, y cabe esperar que un bebé manifieste reconocimiento al cabo de unas pocas semanas por medio de una sonrisa” (Winnicott, 1954, p. 1028), la madre podrá sentirse tranquila con su trabajo en la medida que vea respuestas positivas de parte de su hijo, de esa forma calma su angustia como si recibiese la aprobación de que lo está haciendo bien.

Los primeros días, meses y años de los niños son los más importantes, parecen una esponja que aprende y absorbe todo lo que encuentra a su alrededor, “solo cuando existe un buen comienzo todo lo que se realiza en etapas posteriores puede ser efectivo” (Winnicott, 1998, p. 31). Una vez que la madre y el niño logran comprenderse y tener una relación espontánea, el niño de forma segura va a poder enfrentarse al mundo, “la prevención debe aclarar sobre todo la actitud de los padres durante la vida fetal, la manera en que se presentan al niño y en que intercambian con él; luego, al nacimiento y durante los primeros meses” (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 364). Prevención entendida como los factores o recursos protectores de los niños que se van desarrollando a lo largo de la vida y le permitirán ser autónomo y convivir con la sociedad.

No es un juego ni una exageración darle importancia al primer momento de contacto que se establece entre el niño y la madre, esta es una relación esencial que debe respetarse entre ellos. Las madres no necesitan que las enfermeras o los médicos le digan cómo debe ser ella con su hijo puesto que es ella quien “sabe cómo hacerlo, no por haberlo aprendido ni por su inteligencia, sino simplemente porque es la madre” (Winnicott, 1998, p. 106). Las cosas suelen complicarse “si está asustada, o si no ve a su bebé en el momento de dar a luz, o si sólo se le permite estar con él en los momentos que las autoridades consideran adecuados para que se lo alimente” (Winnicott, 1998, p. 106). La madre es quien sabe cómo hacerlo, aunque a veces olvide que lo sabe y se deje invadir por las preocupaciones, sería imprescindible que la madre cuente con el apoyo de alguien, de preferencia el padre del bebé quien estimule esos saberes que ella tiene para que los pueda poner en práctica. Los papás de los niños tienen gran responsabilidad en cuidar a su familia y apoyar a las madres que con frecuencia están confundidas y agobiadas para que puedan establecer una relación más tranquila y segura con sus hijos.

Sobre la lactancia y la salud se ha escrito muchísimo, sin embargo, hay que tener muy en cuenta el momento de preparar charlas, o dar consejos de “no interferir con el comportamiento natural de las madres, brindándoles al mismo tiempo una información útil y precisa sobre los hallazgos de la investigación científica” (Winnicott, 1998, p. 34), la decisión del cuidado de los hijos es de los cuidadores, es necesario que reciban información acerca de lo imprescindible, sin embargo, al momento de establecer los vínculos y las formas en cómo lo hacen es responsabilidad de los padres y una decisión exclusiva de ellos.

Las madres “desarrollan una impresionante capacidad para identificarse con el bebé, lo cual les permite satisfacer las necesidades básicas de éste en una forma que ninguna máquina puede imitar y que ninguna enseñanza puede abarcar” (Winnicott, 1998, p. 57). Por más enseñanzas que la madre reciba o libros que pueda leer, ella siempre va a desarrollar sus modos de atender a su hijo y es la única que sabe cómo ser madre de ese hijo que ha tenido.

2.1.2. La importancia de acoger el nacimiento del bebé.

La acogida del nacimiento de un nuevo ser humano, va más allá del día del nacimiento del niño, es la preparación de todo un escenario que se hace para el que nace. Es fundamental que el niño sea hablado antes y después de su nacimiento, que la madre vaya acompañando mediante la palabra a su hijo durante todo el embarazo “la acogida y la comunicación intersíquica lingüística son indispensables” (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 357) que pueda ir compartiendo con su hijo su felicidad, sus dudas, sus preocupaciones y que pueda hacer sentir a este hijo seguro de que cuenta con la protección y cuidados necesarios para su llegada. “Es primordial que el niño sienta que ha nacido del amor de un hombre y una mujer, de ese amor que ligó a esa pareja en particular, aunque haya sido efímero” (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 328). Sin importar si los padres siguen juntos hasta el día del nacimiento del bebé o haya sido una cuestión muy pasajera, no se puede dejar pasar que fueron estos padres quienes lo trajeron al mundo y que mientras estuvieron juntos se amaron o se quisieron y aman y van a cuidar de ese hijo dejando a parte las diferencias entre los progenitores (Dolto, La causa de los niños, 1986).

Para acoger el nacimiento no es necesario llenar de cosas materiales la llegada del bebé, “no se necesita pronunciar palabras; hablar interiormente, pero dirigiéndose a su persona” (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 323) hablándole al hijo que viene como sujeto del lenguaje que es, como una persona que viene al mundo, a un mundo que él desconoce y que depende de sus cuidadores para que le enseñen cada cosa que está por presentarse, que le llenen de palabras anticipatorias al momento de la llegada. “Debido a que los bebés son criaturas altamente dependientes al comienzo de su vida, son necesariamente afectados por todo lo que ocurre” (Winnicott, 1998, p. 112), están aprendiendo en cada momento una cosa nueva y están construyendo además sus patrones de comportamiento y relación que mantendrán a lo largo de su vida, debido a esta

dependencia absoluta es indispensable que los padres acojan a su bebé, lo hagan sentirse seguro, deseado y amado.

Un niño que es acogido por su núcleo familiar tiene más recursos para defenderse en la vida que alguien que no lo ha sido, puesto que cuenta con la seguridad de que ha venido siendo deseado (sin importar si fue planificado o no) “Consciente o inconsciente, cada uno de los miembros de la pareja madre e hijo, perciben el afecto del otro y a su vez responde con afecto en un intercambio consciente afectivo recíproco”. (Spitz, 1965/1993, p. 110). Si ha recibido amor es capaz de darlo puesto que sabe cómo se hace.

“Es de suprema importancia que la primera relación del infante sea con un congénere humano, pues todas las relaciones sociales posteriores se basarán en esa relación” (Spitz, 1965/1993, p. 111). El niño a propósito de su dependencia absoluta, en estos primeros meses y años aprende a relacionarse con los demás a partir de estas primeras relaciones con sus cuidadores.

El momento del parto suele ser muy duro para algunas madres, bastante doloroso y lleno de presiones, sin embargo, la madre debe reponerse enseguida para poder cuidar y atender al hijo que ha traído al mundo, “inmediatamente después del parto, el infante muestra una breve angustia respiratoria y manifestaciones de excitación de matiz negativo. Si se le deja en paz, todo esto desaparece literalmente en cuestión de segundos, dando paso a una quietud total” (Spitz, 1965/1993, p. 41), es decir, depende de la madre en específico que el bebé vuelva a su estado de tranquilidad, que sienta que está en un lugar seguro, que puede contar con sus padres para su desarrollo.

La salud mental de un individuo es determinada desde el comienzo por la madre, quien proporciona lo que he denominado un ambiente facilitador, es decir un ambiente en el cual los procesos naturales de crecimiento del bebé y sus interacciones con lo que lo rodea pueden desarrollarse según el modelo que ha heredado (Winnicott, 1998, p. 43).

No existe un manual que diga lo que debe tener o no un ambiente facilitador mas sí es indispensable que la madre tenga la disposición consciente e inconsciente de proporcionárselo, que pueda reconocer al niño como un sujeto aunque solo tenga unos días de nacido. Reconocer al bebé como sujeto permite desarrollar su crecimiento emocional, los procesos madurativos del niño (físicamente), se vuelven reales gracias a un ambiente

facilitador, “hay bebés que quedan marcados para toda la vida... marcados por no haber disfrutado de esa acogida por el padre y la madre” (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 212). Venir al mundo es quizás el paso más duro, es con el que se comienza la vida, por lo tanto, el apoyo de los padres y la acogida de ellos viene a ser la principal herramienta del niño para todos los demás días de su vida, “el recién nacido no es un ludión, sino una persona con todas las letras entre sus progenitores, que lo acogen al nacer y que tienen el deber de iniciarlo en sus allegados y en la realidad” (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 324). Ellos tienen la obligación como padres de introducir al niño a la cultura que pertenece, mostrándole las leyes y los derechos de los que se ha hecho acreedor por pertenecer a ese lugar.

“La acogida del grupo, al nacimiento, es capital” (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 326), es parecido a una inversión que se hace para que los niños tengan recursos para afrontar la vida, esta acogida se da con palabras, acciones, protección de parte de los padres inmediatamente después del nacimiento, en estos casos la ceremonia también “prepara a los adultos que tendrán que ocuparse de él para considerarlo como una persona” (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 326), no solo es para el hijo sino para la nueva vida que deben llevar los padres a partir del momento que tienen al niño.

El bebé puede no estar viendo a las personas, puede no estar despierto pero debido a la excesiva dependencia que tiene sobre todo con su madre la comunicación se da de manera silenciosa “el bebé no escucha ni registra la comunicación, sólo los efectos de la confiabilidad; esto se registra en términos de un continuo desarrollo” (Winnicott, 1998, p. 130). Si la madre está angustiada sus síntomas fisiológicos y algunos de los psicológicos dependiendo del caso se harán evidentes (rigidez en las extremidades, aceleración de la respiración, preocupaciones excesivas, etc.) de modo que el bebé podría rechazar la lactancia si es que se ha sentido que los brazos que lo sostienen al amamantar no son seguros ni confiables (Winnicott, 1998).

No es casualidad que los niños lloren al momento de la lactancia cuando su madre no está en condiciones para dársela, no es raro tampoco que muchas madres conozcan la posición en la que los niños lactan tranquilos, ambos se van conociendo y saben del otro, saben que no es una cosa fácil pero al momento en el que encuentran esa armonía puede

describirse como lo más bello y natural. Para que se establezca la lactancia no hace falta solo que exista la predisposición consciente de la madre para hacerlo, muchas veces es el contexto y las presiones que se forman como barrera para que madre e hijo no puedan acercarse (Winnicott, 1954).

La realidad del Ecuador es bastante diversa en cuanto a las formas en que las mujeres dan a luz, por un lado hay quienes aún pueden nacer en sus casas; hay una persona que ayuda a las madres y a los bebés a atender el parto, hay quienes planifican el proceso para hacerlo en agua o por medio de una cesárea (la madre planifica el día del nacimiento y conoce al doctor que la va a atender) hay quienes llegan a la primera clínica estatal para que su hijo nazca; en muchos de los casos, esas madres están en cuartos muy grandes acompañadas de otras madres que ni conocen y tampoco saben quien está atendiendo a su hijo ni cuentan con el apoyo de algún ser querido que las acompañe en este proceso y se podrían seguir enumerando casos y casos distintos de cómo se atienden los partos en el Ecuador. Sin embargo, la disposición que tenga la madre con respecto de su hijo va a primar en medio de las circunstancias que pueda este nacer. La capacidad de reconocer a su hijo, de darle un nombre, de sostenerlo en brazos y darle unas palabras le harán sentir al bebé que es acogido, que es deseado (así no haya sido planificado) (Dolto, La causa de los niños, 1986).

Desde el momento del nacimiento, es la madre la responsable de su hijo, de ayudarlo a entender qué es lo que siente, qué necesita, las razones por las que llora y poner en palabras todo esto que el bebé aún no puede decir. “es en las primeras etapas de la intercomunicación entre el bebé y la madre cuando ésta sienta las bases de la futura salud mental del bebé” (Winnicott, 1998, p. 134).

La capacidad de la madre de satisfacer las cambiantes necesidades de su bebé le permite a éste tener una línea de vida, relativamente ininterrumpida; le permite también experimentar estados de no desintegración y sosiego, confiado en un sostén que es real, junto con reiteradas fases de integración, que son parte de la tendencia heredada del bebé hacia el crecimiento (Winnicott, 1998, p. 129).

La acogida del bebé que ha nacido no se trata solo de atender el parto, ni tampoco de tener las cosas listas para cuando él conozca su casa, “para el pleno y armonioso

desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión” (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 394), debe sentirse querido y debe sentir que es entendido en la medida que sus necesidades se ven satisfechas por sus cuidadores “siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y seguridad moral y material” (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 394). La estabilidad en el estado de ánimo de quienes lo cuidan es fundamental puesto que ayuda al niño también a conocer a sus padres, a entenderlos y entenderse a través de ellos.

A pesar de que los primeros meses y años son los más importantes de la vida de un ser humano, esto no significa que los padres no puedan cometer errores, muy por el contrario es importante que esto suceda, que los padres se permitan ser seres humanos, que incluso sus errores sean completamente suyos, que nadie se involucre en ellos, los errores son aceptados y deben ser “seguidos de un cuidado reparador, vienen a ser una comunicación de amor, de que hay un ser humano que se preocupa” (Winnicott, 1998, p. 130). El niño debe sentirse amado, debe darse cuenta que quien lo cuida puede estar triste de vez en cuando, puede estar enojado, cansado y ello no cambia el amor que los padres sienten por él, por el contrario, “si las cosas fracasan y no se las repara rápidamente, el bebé quedará permanentemente afectado, su desarrollo se desviará y la comunicación habrá sufrido un colapso” (Winnicott, 1998, p. 131). Si los padres no ponen palabras a estos errores, si no son capaces de explicar al niño y acogerlo después de algún fracaso, de algún mal día, él podrá sentirse muy confundido y deberá armar su historia a partir de lo que va sintiendo.

“La prevención de las enfermedades mentales debe comenzar con el cuidado de los niños y con todo lo que hacen naturalmente las madres que quieren tener un bebé a quien cuidar” (Winnicott, 1998, p. 31), acoger al bebé, brindarle un espacio sano y protegerlo es la mejor inversión que los padres pueden hacer cuando de sus hijos se trata, tener en cuenta que los primeros meses y años son los que más cuentan ayudaría muchísimo para poder tener adultos capaces de hacer lo mismo con sus hijos. “Teniendo una buena base el individuo será capaz, con el tiempo, de relacionarse creativamente con el mundo, y de disfrutar y utilizar lo que éste tiene para ofrecerle” (Winnicott, 1998, p. 43). Saber que lo que se está construyendo es una base que con el tiempo servirá de soporte y apoyo de todo lo que se edificará en el futuro.

Los niños pueden dar solo aquello que han podido recibir, se habla de la actitud consciente e inconsciente de las madres mas que de cosas físicas o reales. No es aquello que se puede ver sino aquello que el niño ha podido sentir que se le ha otorgado. “el niño se encuentra seguro cuando repite un lenguaje que asimiló al contacto con su madre, y que el lenguaje va mucho más lejos que las palabras: expresa la manera de vivir bien” (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 365) se asocia solo con aquello que se le ha otorgado mediante el contacto, la relación y se edifica con estas palabras que no siempre son dichas para afuera.

2.1.3. La lactancia como evidencia de la etapa sin objeto

Según Spitz 1965, los primeros meses de vida de un bebé transcurren sin que él sienta los límites de su cuerpo, no es raro que se coma sus extremidades, se haga daño el rostro con las uñas, no pueda retirarse si algún objeto externo le está haciendo daño. “En esta etapa el recién nacido no sabe distinguir una “cosa” de otra: no puede tampoco distinguir una cosa (externa) de su propio cuerpo, y no experimenta el medio circundante como algo separado de sí” (Spitz, 1965/1993, p. 39). Al no sentir los límites de lo interno y lo externo, el bebé parece sentir que él es todo y a la vez no es nada porque no siente su cuerpo como algo suyo. El bebé que es alimentado de forma natural, percibe al pecho satisfactor de sus necesidades y proveedor de alimento, si es que lo percibe, como una parte de él mismo. (Spitz, 1965/1993). El recién nacido se familiariza tanto con este objeto que no puede distinguirlo como algo separado de sí, el pecho se le presenta como el que calma sus necesidades y la fuente de placer principal puesto que la vida psíquica de los niños se va formando a partir de las satisfacciones físicas (Winnicott, 1951).

El sentido de la vista del bebé se va desarrollando, es decir, al comienzo no alcanza a ver a su madre, ve sombras a su alrededor y solamente “aparece el ser humano en el campo visual del infante cada vez que su necesidad es satisfecha. De ese modo queda asociado con el alivio del displacer, así como con la experiencia de placer” (Spitz, 1965/1993, p. 50). El niño relaciona el rostro de su cuidador con el alivio de sus necesidades e incluso llega a pensar que esa persona (ese pecho) es parte de él mismo, “es la edad de la no diferenciación más honda, cuando el afecto y el objeto percibido son aún, por decirlo así, una sola cosa” (Spitz, 1965/1993, p. 92). El objeto está cargado de

sentimiento y el sentimiento se edifica en la medida en que la madre es capaz de entender las necesidades del niño, ambos se confunden en esta relación tan cercana en la que “ella es el bebé y el bebé es ella” (Winnicott, 1998, p. 23). Mientras este pecho satisface sus necesidades y logra calmarlo entonces el ama a su madre o ama al pecho que lo siente como suyo.

En este primer momento el contacto entre ambos es vital, la lactancia se ofrece como la forma de cercanía más importante ya que en la vida intrauterina ambos estaban amalgamados y después del nacimiento existe una separación drástica sobre todo para el bebé. Con la lactancia esta separación se vuelve un poco más fácil debido a que ambos están unidos y tienen un vínculo a través de ello, eso sí, tiene que ser una lactancia que mantenga satisfechos ambos miembros de la diada, basta que uno solo no se sienta cómodo para que el otro lo reciba de la misma forma (Winnicott, 1998).

Las relaciones de objeto, que satisfacen tanto a la madre como al hijo, son relaciones en las que opera un intercambio de fuerzas para completarse unas a otras de tal modo que no sólo dan satisfacción a ambas partes, sino que, el mismo hecho de que uno de los participantes obtenga satisfacción producirá también satisfacción en el otro (Spitz, 1965/1993, p. 154).

Se deja en claro que al comienzo “desde el punto de vista del bebé no existe nada más que el bebé y, en consecuencia, al comienzo la madre es parte de él” (Winnicott, 1998, p. 29) y por lo tanto no percibe diferencia entre lo que le pasa ni sabe cuándo tiene frío, hambre, está incomodo; es la madre la que conoce a su hijo e intenta satisfacer las necesidades del mismo. A partir de estas experiencias de cercanía y del cuidado que se le proporcione al niño, va a poder ir separando lo que está dentro de él de lo que está fuera, va a poder identificar el rostro tan cercano de la madre como el de su madre y no como el suyo mismo y sobre todo va a ver con el paso del tiempo al seno de la madre como un objeto separado de sí, algo que su madre le proporciona. “El buen cuidado produce un estado de cosas en el que la integración empieza a convertirse en un hecho y existe ya una persona” (Winnicott, 1952, p. 2). Junto con las palabras que pueda dirigir la madre y los cuidadores a este pequeño servirán para estructurarlo, enmarcarlo e integrar lo percibido como restos de cosas separadas, en una persona.

Una de las evidencias de que la lactancia sirve además de otras cosas, para que el niño pueda identificar a su madre como algo separado de él es cuando el bebé comienza a morder el seno de la madre, el ejercicio de morder el seno es muy común, parece que el niño quiere recibir una reacción de su madre, quiere desafiarla. El bebé espera una respuesta, una reacción. Cuando el niño aún no tiene dientes muchas madres pueden aguantar el dolor, sin embargo, cuando los dientes comienzan a aparecer y el niño muerde a su madre, ella reacciona, le quita el seno, le habla, le cambia de posición o hace algo que al niño le llama la atención, lo más importante es que este objeto que él quiere probar sobrevive a sus pruebas, lo que no pasa con el biberón (Winnicott, 1998).

El aspecto esencial es la supervivencia del objeto en tales circunstancias. A partir de aquí podemos advertir la diferencia entre el pecho y la mamadera. La supervivencia de la madre es esencial en todos los casos; no obstante, existe sin duda una diferencia entre la supervivencia de una parte del cuerpo de la madre y la de una mamadera (Winnicott, 1998, p. 52).

La madre a pesar de los mordiscos que este niño le propicia, sigue amándolo, sigue proporcionándole de nuevo el pecho, vuelve a intentarlo “la supervivencia de un pecho, que es una parte de la madre, tiene un significado completamente diferente del de la supervivencia de una mamadera” (Winnicott, 1998, p. 52). Cuando el niño es alimentado mediante biberón y él comienza a probar qué es este objeto, suele lanzarlo, quitárselo de la boca, dañar el chupón y éste objeto si puede llegar a destruirse, la lactancia tiene una razón más para ser irremplazable “la alimentación al pecho como uno más de aquellos fenómenos naturales que tienen su justificación, aun cuando pueden, si es necesario ser dejados de lado” (Winnicott, 1998, p. 53). Es irremplazable en el sentido de que tiene muchos factores asociados a un mismo objeto, sin embargo, la alimentación se puede establecer de otros modos. “No es posible tratar con ligereza el problema de encontrar un sustituto para la lactancia natural” (Winnicott, 1954, p. 1031), vale la pena sí recalcar que la lactancia no tiene un sustituto y menos aún un remplazo, que existan otras formas de alimentar al niño y otras maneras de establecer en vínculo entre la madre y el hijo no quiere decir que se ha remplazado la lactancia.

A medida que pasa el tiempo y el niño comienza a reconocer los límites de su cuerpo, reconoce a su madre y crece “los padres comprenden que el buen cuidado que le

dedicaron constituyó un ingrediente esencial” (Winnicott, 1947, p. 338) se dan cuenta de que el tiempo que dedicaron a su hijo, la cercanía con la que lo cuidaron, la forma como lo acogieron para que habite el mundo, permite que el niño se forme como un sujeto que se identifica con sus padres y es capaz de dar todo aquello que le fue dado y poner en práctica en la sociedad todo lo que sus padres le han transmitido acerca de su cultura, no solo con palabras, sino con el ejemplo, el trato y el vínculo que han establecido con él.

2.2. Perturbaciones psicotóxicas

El término perturbación psicotóxica fue utilizado por primera vez en el año 1965 por René Spitz en su libro “El primer año de vida del niño”, este autor describió a las perturbaciones psicotóxicas como aquellas que son transmitidas de la madre al hijo como una toxina, “la personalidad materna actúa como agente provocador de la enfermedad, como una toxina psicológica” (Spitz, 1965/1993, p. 156), quería transmitir de esa manera la importancia de que la madre esté enteramente dispuesta a cuidar a su bebé y *sana* para poder estar en las condiciones de hacerlo.

René Spitz en sus investigaciones pudo darse cuenta que “las perturbaciones de la personalidad maternal se reflejarán en perturbaciones del infante” (Spitz, 1965/1993, p. 155), así, habría cómo imaginar que si algo está pasando con el bebé habría que tomar muy en cuenta a las madres o a su cuidador principal. Lo principal de la actitud de la madre con su hijo no es consciente, esto quiere decir que las madres no pueden escoger la forma en que miran a su hijo, la forma que lo sostienen, los pensamientos que se le vienen al momento de bañarlo, de cortarle las uñas, de alimentarlo, etc. Sin embargo el niño sí puede sentir algunas de las actitudes inconscientes de la madre y recibirlas.

Cuando el niño está listo para el nacimiento y si la madre “ha sido bien cuidada por su compañero o por el Estado, o por ambos, está preparada para una experiencia en la cual sabe perfectamente bien cuáles son las necesidades del bebé” (Winnicott, 1998, p. 23). En los primeros días y meses del bebé, lo principal es atender sus necesidades fisiológicas, es de esa forma que se va formando el vínculo entre la madre y su hijo, la madre atiende las necesidades de su bebé y él recibe estas atenciones como amor brindado, sin embargo “en el ser humano no hay nada que sea únicamente fisiológico: todo es simbólico al mismo tiempo” (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 214). Nada que la madre haga será

solamente por necesidad del niño, a la vez que ésta mamá alimenta a su hijo también lo mira, le habla, le acaricia y se le vendrán pensamientos y sentimientos a la vez que atiende a su bebé y es ésta la parte simbólica entre ambos.

Habría que tomar en cuenta todos aquellos casos en los cuales las madres se encuentran solas al momento de tener a sus hijos, solas en todos los sentidos, no existe nadie que la acompañe en el momento del parto, no tiene fuentes económicas de ingresos, viven en países en donde el que no tiene dinero no puede acceder a un servicio digno y tampoco cuentan con el apoyo emocional de una pareja, familia o amigos. En muchas ocasiones los niños vienen a la vida de los padres en momentos bastante complejos, habrá madres enfermas, inmaduras, deprimidas, confundidas y situaciones bastante difíciles que afrontar antes de que el niño nazca o incluso cuando el niño ya ha nacido, esto no quiere decir que el niño haya venido en un mal momento, quiere decir que el niño ha venido al mundo por alguna razón consciente o inconsciente que solo los padres saben, serán ellos quienes tendrán que afrontar las situaciones que atraviesan con el hijo que han traído a la tierra, no sin consecuencias, por supuesto. Sin describir las innumerables circunstancias en las que un niño nace, Spitz pudo darse cuenta de que los malestares físicos de los bebés pueden ser provocados por un conflicto inconsciente de la vida de las madres (Spitz, 1965/1993).

Todos aquellos casos en los cuales las madres parecían no estar preparadas para tener a sus hijos o no se encuentran emocionalmente bien Spitz (1965), ha denominado toxinas para los niños, son bebés que están expuestos constantemente a situaciones precarias de atención y suelen manifestar síntomas físicos que evidencian que algo no anda bien en su cuidado. No siempre los casos son catastróficos, puede ser que las madres solo estén atravesando en ése preciso momento alguna situación difícil; una separación amorosa, la muerte de un familiar, la pérdida del trabajo, la noticia misma del embarazo, entre otros motivos y sentimientos que solo las madres saben cuando tienen a sus hijos.

Las manifestaciones más comunes de angustia, preocupación o presión de las madres se evidencian desde el día del nacimiento de sus hijos, especialmente si la madre “es algo inmadura o ha sido una niña carenciada, le resulte muy difícil renunciar a los cuidados de la enfermera y quedarse sola para cuidar a su hijo tal como ella misma necesita

que la cuiden” (Winnicott, 1998, p. 108). Es común ver que a las madres les resulte más cómodo y tranquilizador entregar el bebé a alguien de su confianza para que las ayude con el cuidado, puede ser la propia abuela del niño, alguna enfermera, la tía del bebé, una amiga, la suegra o alguna persona bastante cercana que le transmita confianza a la mamá de que otro va a cuidar de su hijo mejor que ella misma.

Los primeros días después del nacimiento del bebé, las madres necesitan alguien que esté con ellas como apoyo emocional, una persona que mediante la mirada, los gestos, o incluso las palabras le diga que lo está haciendo bien, que puede cuidar de su hijo. (Winnicott, 1998). Es necesario que éstas madres se equivoquen, estén un poco torpes en cuanto al cuidado de su bebé o se sientan muy confundidas y nerviosas ya que siempre conocer a alguien implica un poco de confusión al momento del contacto, hay que dar tiempo a las mamás de acoplarse y sintonizarse con su hijo, de que se conozcan. Un error no va a echar a perder todo un camino que tendrán que llevar juntos “lo que aparece inicialmente a una edad temprana requiere largo tiempo para establecerse como mecanismo más o menos fijo dentro de los procesos mentales del niño” (Winnicott, 1998, p. 24), una vez que los dos se acercan, que se acostumbran y se entienden los mecanismos se producen de manera espontánea.

Cuando una madre recibe a su niño por primera vez, lo que hace es intentar amamantarlo, lo hará siempre de la mejor forma que ha encontrado para hacerlo, “cuando una madre tiene dificultades para amamantar, no se debe intentar forzar una situación que en algún momento fracasará y que puede convertirse en un desastre” (Winnicott, 1998, p. 46) por supuesto que puede ser un desastre forzar la lactancia y sumarla a las presiones que atraviesan la madres y los bebés.

Debemos comprender que el cuerpo del recién nacido es ya simbólico de una relación de deseo: el deseo de nacer y el deseo de dar nacimiento por estos cuerpos que a algunos les parece que no han sido más que cuerpo: los seres humanos no son sólo cuerpos... Son también cuerpos, es decir, manifestaciones materializadas, individualizables para el gozar en sus encuentros de instantes de placer a veces sublimes, a veces no, pero que siempre son comunicación intersíquica del verbo, y, si hay concepción, llamada a la vida que se significa por el niño que el encuentro de las células germinales de sus progenitores inaugura su devenir humano (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 213).

En los siguientes literales se enumeran los casos más comunes de perturbaciones psicotóxicas, en los cuales la relación entre madre e hijo se ha visto dificultada por la actitud maternal inconsciente.

2.2.1. Repulsa activa primaria

En la repulsa activa primaria lo que sucede a nivel inconsciente es que “la actitud maternal consiste en una repulsa global de la maternidad; repulsa que incluye la preñez como al infante, y probablemente también muchos aspectos de la sexualidad genital” (Spitz, 1965/1993, p. 158). Es bastante común que las madres después de parir no quieran ver a sus hijos, sufran de depresión post parto, no deseen relacionarse con el papá de su hijo y especialmente en mujeres que conviven con una pareja sientan la necesidad de inventar excusas para no tener relaciones sexuales puesto que solo el hecho de pensarlo les produce asco (Spitz, 1965/1993).

Cuando la mujer atraviesa estas circunstancias lo más común es que deje a su niño bajo el cuidado de alguna persona de su confianza, intente evitar los encuentros a solas con su bebé, evite todas aquellas tareas que le impliquen una responsabilidad cercana con su hijo (bañarlo, alimentarlo, cortarle las uñas, hacerlo dormir) y quedarse meramente como espectadora de la persona que lo cuida. Las mujeres que atraviesan una circunstancia como ésta suelen irritarse mucho con el llanto del bebé, les parece una situación molesta escucharlo llorar y se desesperan con facilidad (Spitz, 1965/1993).

2.2.2. Repulsa pasiva primaria

La repulsa pasiva primaria no es tan evidente como la repulsa activa primaria puesto que las madres en éste caso si se acercan a sus hijos, realizan por ellas mismas el cuidado del bebé, sin embargo puede en muchos casos notarse el malestar de las madres por tener que cuidar a su hijo. A diferencia de la repulsa activa primaria, en estos casos es bastante común que las madres sí logren amamantar a sus hijos (Spitz, 1965/1993).

Durante el amamantamiento la madre se comporta como si su bebé fuera completamente ajeno a ella y ni siquiera se tratara de un ser viviente. Se retira del infante con el cuerpo, las manos y el rostro rígidos y tensos. Los pezones aunque no invertidos, no son salientes y el amamantamiento parece no provocar turgencia (Spitz, 1965/1993, p. 158).

Parecen no reconocer a su hijo como un sujeto sino como una cosa que debe comer, no miran a sus bebés durante la alimentación, no se dirigen a ellos cuando hablan, se quejan constantemente de la situación en la que viven, “la repulsa pasiva primaria no está dirigida contra el niño como individuo, sino contra el hecho de haberlo tenido...se trata de una repulsa a la maternidad, de una repulsa sin objeto” (Spitz, 1965/1993, p. 159). Las madres están resentidas y enojadas con ellas mismas por haber cometido “el error” de haber traído a su hijo al mundo y realizarán los cuidados del niño como un castigo propiciado hacia ellas mismas.

El niño por su parte que es quien recibe las quejas de su madre mientras es atendido, llora de forma irritable, y “vive la alimentación al pecho de manera insatisfactoria y vomita” (Spitz, 1965/1993, p. 159), el vómito y el llanto de este bebé hace que su madre siga quejándose y esté molesta todo el tiempo.

Spitz 1965, encontró que los síntomas más comunes en casos como estos son los orales, “como una parálisis de la incorporación durante los primeros días de vida...y como vómito en una etapa un poco más avanzada” (Spitz, 1965/1993, p. 160). Los bebés presentan rechazo a la lactancia o solamente toman un poco y se retiran. Las madres están todo el tiempo pendientes de cuánto está comiendo y los alimentan a cada momento que pueden, después de que el niño ha logrado comer vomita gran cantidad de lo que ha ingerido como un rechazo a lo que recibe (Spitz, 1965/1993).

2.2.3. Tolerancia excesiva angustiosa primaria (cólico del tercer mes)

El cólico del tercer mes es bastante común en los niños que conviven con madres excesivamente angustiadas y preocupadas por su alimentación. Spitz se dio cuenta que la presencia de cólicos en los niños “en las instituciones en donde los infantes están privados del cuidado maternal, el cólico estaba ausente por completo... en el caso de los niños criados con sus propias familias, eran frecuentes” (Spitz, 1965/1993, p. 161). Los niños que reciben alimentación con una mamadera y son alimentados por diferentes personas y no establecen un vínculo con algún humano específico no pueden recibir tampoco las preocupaciones o sentimientos de quienes los cuidan. Los niños que sufren del cólico de tercer mes manifiestan irritabilidad, llanto excesivo, vómito y diarrea (Spitz, 1965/1993).

Después de la tercera semana de vida, y continuando hasta el fin del tercer mes de vida, el infante empieza a quejarse a gritos por la tarde. El alimento puede calmarle, pero solo temporalmente. Dentro de un tiempo relativamente corto, el infante vuelve a dar muestras de síntomas dolorosos de cólico (Spitz, 1965/1993, p. 160).

La madre se preocupa por estas manifestaciones de su hijo e intenta calmarlo ofreciéndole el seno o dándole masajes en la barriga. El niño se calma por instantes, sin embargo, el llanto se presenta de forma muy recurrente “el chupete que se le ofrece al niño que sufre del cólico del tercer mes lo cura porque le proporciona un medio de descarga, sin necesidad de introducir alimento irritante e innecesario en el sistema digestivo” (Spitz, 1965/1993, p. 165). Una vez que la madre se acostumbra un poco y deja de preocuparse por éste malestar de su hijo va desapareciendo de manera gradual.

2.2.4. Hostilidad enmascarada de ansiedad

Lo que Spitz pudo identificar en estas madres ansiosas es “la presencia de cantidades inusitadamente grandes de hostilidad inconsciente reprimida” (Spitz, 1965/1993, p. 168), encontró también que a las madres les costaba muchísimo identificar las razones por las que su hijo llora, “entre las necesidades de los pequeños y las actitudes de las madres había una relación asintónica mutua” (Spitz, 1965/1993, p. 172), ni la madre entiende a su hijo ni su hijo se siente cómodo con su madre y llora más.

Las madres ansiosas evitan el contacto con sus hijos y siguen las indicaciones del médico al pie de la letra y de manera muy mecánica, suelen sentirse incapaces de cuidar a su hijo o incluso llegar a decir que entre su hijo y ella no logran entenderse (Spitz, 1965/1993).

2.2.5. Fluctuaciones entre el mimo y la hostilidad (cabeceo de los infantes)

Las fluctuaciones en el estado de ánimo de la madre suelen ser muy tóxicas para los niños debido a que ellos no logran estabilidad ni seguridad en el ambiente que se desarrollan, éstas mamás suelen ser demasiado cariñosas o demasiado duras con los niños sin ninguna razón, no es que el niño de motivos para su amor desmedido o para su rigidez, las madres cambian su humor y alteran la vida de los que la rodean. (Spitz, 1965/1993). Cuando este tipo de madres son las cuidadoras principales del bebé, “llevan al niño a

almacenar en su memoria representaciones objeto-conflictivas” (Spitz, 1965/1993, p. 181), el bebé no logra entender ni saber cuándo su mamá está de buen humor y cuando no.

Ese objeto que debía ser la madre era tan autocontradictorio, que no se dejaba convertir en modelo para la formación de objeto idéntico a sí mismo en el espacio y en el tiempo; y por eso el establecimiento de relaciones con otros objetos se volvía de cierto modo imposible (Spitz, 1965/1993, p. 184).

La conducta contradictoria, inconsciente de la madre, hace que el establecimiento de las relaciones de objeto del niño resulte imposible, y “detiene al niño en el nivel de narcisismo primitivo, de tal modo que éste se limita a la descarga de su impulso libidinal en forma de cabeceo” (Spitz, 1965/1993, p. 184). Parece que al niño le pesa la cabeza y no tiene nada que lo sostenga, precisamente es eso, no tiene una base sólida para desarrollarse.

2.2.6. La hostilidad materna compensada conscientemente (el niño hipertímico)

La hostilidad materna compensada conscientemente “se encuentra principalmente en los círculos intelectuales y profesionales” (Spitz, 1965/1993, p. 195) en los cuales las madres no tienen mucho tiempo para estar con sus hijos y pagan a una persona para que se haga cargo de ellos mientras que ellas llenan la vida de los niños de objetos materiales, están los bebés inscritos en las guarderías más caras, tienen los juguetes más costosos y las habitaciones de sus hijos parecen tener todo lo que los niños *quieren y necesitan* mientras ellas se dedican a otras actividades (Spitz, 1965/1993).

La conducta maternal en estos casos es el resultado de un conflicto consciente. Para tales madres, el hijo sirve de desahogo para sus satisfacciones narcisísticas y exhibicionistas, no como objeto amoroso. No obstante, una madre así se da cuenta de que su actitud hacia el hijo es impropia, se siente culpable, y por eso, conscientemente, compensa con exceso su actitud mediante una dulzura almibarada, o agridulce (Spitz, 1965/1993, p. 195).

En muchas ocasiones parece que las madres han tenido a su hijo para cumplir un rol de la sociedad, para formar parte de algún círculo social, para no estar solas o satisfacer a alguna persona cercana a ellas (ya sea la mamá, el papá, la suegra, amigos, etc.). Debido a que cuentan con una posición económica bastante alta pueden “compensar” a sus hijos su cuidado mediante cosas materiales (Spitz, 1965/1993).

Spitz en sus investigaciones pudo notar que “los niños, en general, no podían moverse, materialmente en sus corralitos, por el montón de juguetes acumulados allí por sus padres compensadores con exceso, al tratar de redimirse de sus sentimientos culpables” (Spitz, 1965/1993, p. 195), al niño no le llama la atención nada debido al exceso de estímulos que se le presentan. Se puede concluir, para finalizar que estos niños tienen dificultad para establecer vínculos y relaciones con personas debido a que están acostumbrados a relacionarse meramente con objetos.

2.3. El rechazo del bebé a la lactancia

Se propone en esta disertación que es el bebé quien rechaza la lactancia ya que el psicoanálisis defiende y demuestra que el sujeto es sujeto desde antes de su nacimiento y debe reconocérselo de esa forma, también sería correcto decir que es el bebé el que desde que nace o antes de ello ya está dando manifestaciones de su deseo (Dolto, La causa de los niños, 1986).

Como ya se describió en apartados anteriores, la primera vez que una madre se encuentra con su hijo es bastante compleja y más aún lo es la primera vez que intenta alimentar a su hijo por medio de su seno “colocar el pezón entre los labios del niño es la condición necesaria pero no suficiente para que lo perciba” (Spitz, 1965/1993, p. 48). No es la condición suficiente ya que hay muchos otros factores que intervienen en ese momento, puede ser bastante molesto para el niño que existan muchas personas en la habitación, que la madre esté tensionada, que el pezón de la madre esté escondido, que la madre no se sienta relajada en ese momento y que no tenga la disposición entera de estar con su hijo de una manera tan íntima como lo es la lactancia. (Spitz, 1965/1993).

El infante percibirá el estímulo del pezón en su boca solo si se cumplen las siguientes condiciones: 1) si el aparato propioceptivo, no está nulificado, “inundado” por una tensión masiva desagradable; y 2) si el infante tiene hambre, lo que hace que el aparato esté dispuesto para la percepción externa (Spitz, 1965/1993, p. 49).

Estas dos condiciones no pueden separarse una de la otra, es decir basta que una de las dos no esté presente para que no pueda darse la lactancia, es además bastante complicado que una madre alimente a su niño ya que aún no se conocen, si bien pasaron nueve meses pegados el uno al otro, todas las necesidades del niño eran resueltas de

inmediato y la madre no tenía que adivinar qué era lo que su hijo necesitaba y solo después del nacimiento es que ésta mamá debe aprender a cuidar a su bebé (Winnicott, 1998).

La gran mayoría de las dificultades en la alimentación del bebé no tienen nada que ver con infecciones o con las malas propiedades bioquímicas de la leche, sino con el enorme problema que enfrenta toda madre para adaptarse a las necesidades de su criatura (Winnicott, 1967, p. 619).

Para el bebé no resulta complicado manifestar su desagrado si es que no se siente cómodo y seguro con su ambiente, basta que haga un gesto o un ruido para que la madre se dé cuenta de que algo le pasa “la más precoz de las angustias es la que se asocia al sentirse sostenido de un modo inseguro” (Winnicott, 1952, p. 2). La madre, de manera inconsciente está transmitiendo a su hijo todos sus sentimientos, es por esa razón que podrá incomodarse si no es sostenido por unos brazos relajados y seguros. La diada madre hijo funciona como un espejo o una canción, están ambos sintonizados “su influencia modeladora hace inevitable que su propia discordancia se refleje en el desarrollo del infante y además se refleja, por decirlo así, como en un espejo de aumento” (Spitz, 1965/1993, p. 155). Un espejo en aumento sobre todo si se trata del niño que refleja el estado de ánimo de la madre, “a través del bebé que no habla se puede comprender lo que la madre no puede decir” (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 360). Prestar atención a los síntomas del niño sería inútil puesto que ellos reflejan aquello que la madre no ha podido tramitar, sería más recomendable brindar espacio a la madre para que diga aquellas cosas que su bebé está expresando, de esa forma la madre podrá relajarse y establecer un vínculo más espontáneo con su hijo.

Los primeros días después del nacimiento de un bebé son los más cansados anímicamente para las madres, se sienten muy confundidas y ansiosas, parecen necesitar un tiempo con su hijo para poder entenderlo “la madre tiene que recibir una paulatina ayuda en la tecnología de los cuidados y, afirmándose en su intuición, comprender los deseos de su hijo, por sus reacciones” (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 209). Poco a poco aprenden a conocerse y la comunicación y el cuidado forman parte la rutina diaria. “La misma perfección de una relación entre dos seres tan íntimamente armonizados entre sí y unidos por tantos lazos tangibles e intangibles, lleva consigo la posibilidad de graves perturbaciones si esa armonía falta” (Spitz, 1965/1993, p. 155). En los primeros meses las

manifestaciones más evidentes de ésta desarmonía se pueden notar con el llanto del bebé, la dificultad que presenta al alimentarse, irritabilidad, etc.

La formación de un síntoma como la inhibición de la lactancia nunca es meramente psicológico ni es meramente compartido con algún malestar materno “ni el factor psicológico por si solo, ni el elemento congenital por si solo llevarían a la irrupción de la enfermedad en cuestión; ésta se debe únicamente a la conjunción de ambos” (Spitz, 1965/1993, p. 156). Muchas veces es la mezcla entre las características particulares del pezón de la madre más el estado de ánimo de ella para que el niño la rechace, o algunas veces es el bebé quien presenta los síntomas particulares, se ve afectado por la leche de su madre y le produce regurgitaciones muy frecuentes o diarreas con aparente dolor, y se podrán encontrar muchos síntomas diferentes así como circunstancias de diadas distintas.

Cuando un síntoma aparece en la vida de una persona habrá que preguntarse de qué situación de peligro se está defendiendo, y en el caso de los bebés, es bastante comprensible que se nieguen a lactar de una madre que no está en condiciones de transmitirle todo lo que la lactancia debe proporcionarle “la formación de síntoma tiene por lo tanto el efectivo resultado de cancelar la situación de peligro” (Freud, 1926,1979, p. 137). Los bebés rechazan de esa forma verse expuestos a que se forme un vínculo inseguro con sus madres, únicamente en el momento en que ambos están preparados y dispuestos a acercarse la lactancia se establece de una forma que a ambos los deja tranquilos y lo viven como una situación placentera (Winnicott, 1998).

Una madre no quiere dar el pecho...Pues bien, el deber médico es ayudarla a no dar el pecho incluso si el bebé sufre por ello, ya que éste es su deseo, y no hay razón para que el niño no integre el deseo de su madre; lo ha integrado y lo ha encarnado en su sangre durante los nueve meses de vida intrauterina, por tanto él sigue estando de acuerdo con el deseo profundo de la madre; y es este deseo profundo de la madre lo que hay que defender contra viento y marea. Pero la proximidad corporal del niño con su madre ha de ser favorecida todo lo posible (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 208).

Una madre que es forzada u obligada a alimentar a su hijo por medio del seno y un bebé presionado a comer de ella sería bastante riesgoso ya que el bebé estaría recibiendo esto como una obligación y no como un acto de amor de parte de su madre, la madre

alimentaría a su hijo por cumplir algo que se le ha impuesto y de esa forma establecerían una relación sin implicarse en el proceso, meramente obligada.

Para muchas madres que han vivido el rechazo de sus bebés a la lactancia o se han visto incapacitadas de poder ofrecer el seno a sus hijos “el reemplazo por la mamadera produce alivio, y a menudo ocurre que un bebé que tiene dificultades deja de experimentarlas cuando sustituye el pecho de la madre por un método más impersonal, es decir, la mamadera” (Winnicott, 1954, p. 1029). De esa forma la madre deja de estar preocupada por la alimentación del bebé y el bebé siente que su madre ya no está angustiada “el bebé experimenta alivio cuando se lo desteta de una madre ansiosa o deprimida” (Winnicott, 1954, p. 1029). El niño siente que es por medio de la lactancia que el vínculo entre ambos no puede establecerse, sabe que es a la hora de comer que la situación se pone tensa, entonces la rechaza.

Cabe recalcar que una interrupción en la lactancia no quiere decir que no se vaya a establecer una alimentación por ese medio, a veces, el niño y la madre solo necesitan un tiempo para conocerse, para relajarse, para familiarizarse el uno con el otro antes de que la lactancia pueda darse, es de alguna manera muy oportuno que los bebés rechacen la lactancia cuando sienten que por ese medio no están seguros. “El niño necesita algo en qué confiar al comienzo, pues de otro modo no hay esperanzas de que inicie bien su camino hacia la salud mental” (Winnicott, 1954, p. 1030). Si por medio de la mamadera la madre se siente más segura en cuanto a la alimentación de su hijo y éste recibe la mamadera y se queda tranquilo no habrá motivos para cambiar esta dinámica con la cual ambos se sienten más seguros (Winnicott, 1998).

La angustia sentida por los bebés en los primeros meses “demuestra ser producto del desvalimiento psíquico del lactante, que es el obvio correspondiente de su desvalimiento biológico” (Freud, 1926,1979, p. 130). Dependen absolutamente de otro. Si ese otro no es capaz de atender sus necesidades el bebé sentirá en peligro su existencia entera, “los fracasos maternos no son percibidos en forma de fracasos maternos, sino que actúan como amenazas a la autoexistencia personal” (Winnicott, 1956, p. 4). Los niños manifiestan entonces su sentimiento de inseguridad mediante el llanto y no una queja hacia a la madre que no ha podido entenderlo. “El cuidado físico del niño desde el nacimiento (o antes) en

adelante constituye un proceso psicológico desde el punto de vista del niño” (Winnicott, 1951, p. 4) a partir del cuidado físico el niño va adquiriendo seguridad de habitar el mundo y meses después reconocerá que todas aquellas situaciones que le propician alivio de tensión son producto del cuidado de su madre. “La respuesta sonriente es el indicador afectivo de la satisfacción que se espera de la necesidad; es decir, el indicador de una descarga de la tensión” (Spitz, 1965/1993, p. 113). Es evidente cuando un bebé está tensionado (llora) o cuando está tranquilo (sonríe) y se muestra relajado.

No está demás insistir en que cada diada madre e hijo es distinta, cada madre tendrá sus razones conscientes o inconscientes para no dar de lactar a su hijo o verse incapacitada de hacerlo y cada niño también manifestará sus necesidades de manera distinta a los otros, no son los mismos todos los bebés ni se los puede comparar, los padres y quienes rodean al nuevo bebé (enfermeras, doctores, familia y amigos) “tienen que aprenderlo todo de este ser que nunca es como cualquier otro; él es él (o ella) pero también él –su madre y su padre, presente o ausente-“ (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 208). Una madre que tiene varios hijos podrá dar cuenta de que nunca es lo mismo, con algunos hijos es más fácil establecer la lactancia, con otros se complica un poco más y quizás en algunos casos se ha visto incapacitada de hacerlo. No depende de un solo factor, cada hijo de una misma madre nace en contextos y situaciones distintas y además vendrán a “defender el propio deseo y no tomar el deseo del otro para sí, es una condición fundamental para construir la personalidad” (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 351).

3. RELACIÓN DE LA ANGUSTIA MATERNA CON EL RECHAZO DEL BEBÉ A LA LACTANCIA

El capítulo tres de la presente disertación tiene como objetivo articular el material teórico del capítulo uno con el material teórico del capítulo dos y con esa información armar una entrevista semi estructurada para poder hacer el estudio de casos con las madres que han sufrido rechazo a la lactancia y poder comprobar la hipótesis planteada en la disertación. Sacar conclusiones acerca de la relación entre la angustia materna y el posterior rechazo del bebé a la lactancia permite encontrar explicaciones sobre fenómenos sociales que nos rodean.

Gracias a los aportes del psicoanálisis a la sociedad se puede decir algo acerca del nacimiento de los niños, no solo desde una postura médica sino también psicológica. Se puede dar una dimensión nueva sobre el desarrollo emocional, tomando en cuenta los factores relacionales entre la madre (cuidador principal) y su hijo. Se busca también contextualizar qué es lo que desencadena angustia en las madres y cuáles son los factores que intervienen para que un bebé rechace la lactancia.

En el apartado 3.2 del presente capítulo se abre un espacio para conocer los elementos particulares descubiertos en el estudio de cada uno de los casos con respecto a la relación de la angustia materna y el rechazo de los niños a la lactancia, se describe detalladamente el momento del encuentro de las madres con sus hijos, las primeras sensaciones de ellas con respecto a sus hijos, las manifestaciones de los niños al momento de la lactancia, las sensaciones y pensamientos de las madres en los primeros días de nacidos de sus hijos, las expectativas que las madres tenían antes de encontrarse con sus bebés y sobre todo cómo se ha ido estructurando la diada madre-hijo a partir de la no lactancia.

3.1. Metodología

Ésta es una investigación con metodología cualitativa en la que se aplicaron entrevistas semiestructuradas que permitieron obtener la información necesaria para comprobar la hipótesis planteada, se seleccionó a cinco madres con bebés que hayan rechazado la lactancia. Para que las madres puedan participar en la investigación se

consideró necesario; que vivan en la ciudad de Quito, que sus bebés tengan máximo 8 meses de edad, que no hayan podido sostener un proceso de lactancia y que se hayan visto en la necesidad de buscar formas alternativas para alimentar a sus bebés.

Para obtener información que permita comprobar la hipótesis de la investigación, se contactó a médicos pediatras que hayan atendido casos en los cuales las madres no sostienen un proceso de lactancia debido a las reacciones de sus bebés, por lo que el pediatra brinda alternativas a las madres para que puedan alimentar a sus hijos de otra manera. Al contactar a los pediatras se pudo identificar a las madres que desearon participar en la investigación y una vez que firmaron el consentimiento informado en el cual se detallan los parámetros de la investigación se procedió a entrevistar a las madres. Otra de las formas bastante efectivas que permitió contactar a las madres fue mediante redes sociales, las mismas que además de tener un gran alcance hicieron que sean las madres que realmente deseaban participar en la investigación las que manifestaron su deseo de hacerlo y así lograr un contacto para la entrevista.

La entrevista se realizó de forma individual para poder obtener los datos necesarios. Al ser ésta una investigación cualitativa lo que pretende es “examinar los hechos en sí y en el proceso desarrollar una teoría coherente para representar lo que se observa” (Fernandez Colado & Baptista Lucio , 2014, p. 8), de esta manera el investigador busca “entender el mundo complejo de la experiencia vivencial desde el punto de vista de quienes la experimentan, así como comprender sus diversas construcciones sociales sobre el significado de los hechos y el conocimiento” (Fernandez Colado & Baptista Lucio , 2014, p. 8). La intención de la investigación fue recolectar, mediante las entrevistas, información de las madres que por decisión propia accedieron a participar en la misma. De esta forma el investigador “evalúa el desarrollo natural de los sucesos, es decir no hay manipulación ni estimulación de la realidad” (Fernandez Colado & Baptista Lucio , 2014, p. 9).

Se hizo una entrevista semiestructurada con preguntas previamente analizadas por la directora de la disertación y la investigadora principal, tomando en cuenta, también a varios profesores de la PUCE que pudieron aportar con sus puntos de vista con respecto a qué debía preguntarse y cuáles son las categorías de análisis pertinentes en el caso. De modo que las madres puedan contar su historia y de esa forma aportar con los datos necesarios y

algunos extras que le dieron más sentido a la investigación y aportaron con más detalles interesantes. La ventaja de la acción indagatoria en las investigaciones cualitativas es que “se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso más bien “circular” en el que la secuencia no siempre es la misma, pues varía con cada estudio” (Fernandez Colado & Baptista Lucio , 2014, p. 7) y efectivamente al culminar la entrevista se pudo obtener conclusiones que mas bien evidenciaban una dinámica circular y todo un proceso que cada una de las madres han tenido que vivir a partir del nacimiento de sus hijos y, específicamente, a partir del rechazo del bebé a la lactancia.

El tipo de entrevista se basó “en métodos de recolección de datos no estandarizados ni predeterminados completamente” (Fernandez Colado & Baptista Lucio , 2014, p. 8), es decir, el diseño de la entrevista permitió que las preguntas sean una guía para que la persona entrevistada pueda dar a conocer la mayor cantidad de información pertinente para su situación particular y “no pretenden generalizar de manera probabilística los resultados a poblaciones más amplias ni obtener necesariamente muestras representativas” (Fernandez Colado & Baptista Lucio , 2014, p. 9). La intención fue poner en evidencia la situación específica de cada una de las madres y como estas tenían puntos de encuentro y de divergencia en la situación que viven.

3.1.1. Técnicas

Al ser esta disertación de tipo teórico-aplicada, fue necesario encontrar diferentes técnicas para cada una de las partes; en la parte teórica de la investigación se recopiló fuentes bibliográficas y a partir de subrayados, toma de apuntes, resúmenes y revistas, a partir de ese material se pudo articular los propósitos de la disertación. Para la parte aplicada se hizo una entrevista individual que permitió obtener la información necesaria para comprobar la hipótesis y describir los casos de las madres que han vivenciado rechazo a la lactancia.

La entrevista semiestructurada fue elaborada en base a un guion que contiene los temas que se abordaron a lo largo de la disertación, sin embargo, “el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejan a la libre decisión y valoración del entrevistador” (Fernandez Colado & Baptista Lucio , 2014, p. 16). Cada

una de las entrevistas tuvo una duración distinta, las madres se mostraron muy abiertas a compartir sus historias y todas brindaron datos extras que sin duda enriquecen la presente disertación.

“El enfoque cualitativo puede concebirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo “visible”, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos” (Fernandez Colado & Baptista Lucio , 2014, p. 9), fue pertinente en esta investigación, observar a las madres al momento de hablar, en qué momentos se les quebraba la voz, qué cosas parecían afectarlas en mayor magnitud, dónde estaban sus bebés en el momento de la entrevista, cómo se manejaba la dinámica de ellas al momento de hablar, etc. Fue necesario, también grabar las entrevistas y anotar los momentos más críticos de la intervención y de esa forma poder documentar todo lo que iba a formar parte de la disertación.

3.1.2. Muestra.

La población seleccionada formó parte de un muestreo intencional o de conveniencia, éste tipo de muestreo se caracteriza por un “esfuerzo deliberado de obtener muestras "representativas" mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos... El caso más frecuente de este procedimiento el utilizar como muestra los individuos a los que se tiene fácil acceso” (Fernandez Colado & Baptista Lucio , 2014, p. 21) esto implica que las 5 madres fueron escogidas de acuerdo a su disponibilidad de colaboración con la investigación y cumplieron con los criterios mencionados anteriormente. “Las personas se proponen como participantes en el estudio o responden a una invitación” (Fernandez Colado & Baptista Lucio , 2014, p. 387), aceptaron participar y había algo que las motivaba a contar su caso y aportar con la disertación.

En ésta investigación, la intención fue hacer un estudio de casos, por lo cual no se pretender hacer un análisis estadístico, sino, comparaciones entre aquellos casos que se han tomado en cuenta para el estudio.

3.2. Entrevistas

Las entrevistas individuales fueron bastante pertinentes puesto que permitían a las madres expresar su angustia, sus problemas y su situación de una forma más cómoda. Se

pudo brindar a las madres un espacio confidencial, privado, empático y de contención para que compartan su historia.

Se manejaron preguntas abiertas puesto que “proporcionan una información más amplia y son particularmente útiles cuando no tenemos información sobre las posibles respuestas de las personas o la que tenemos es insuficiente” (Fernandez Colado & Baptista Lucio , 2014, p. 221). Cada caso fue distinto y no siempre fue pertinente hacer todas las preguntas y en algunos casos fue necesario en ese momento desarrollar nuevas preguntas que permitan aclarar la situación que ellas explicaban. “Sirven en situaciones donde se desea profundizar una opinión o los motivos de un comportamiento” (Fernandez Colado & Baptista Lucio , 2014, p. 221), la entrevista individual y cara a cara permitió desarrollar cada uno de los casos de manera minuciosa y profunda.

Al comenzar la entrevista fue pertinente aclarar a las madres en estudios como este “no hay respuestas correctas o equivocadas” (Fernandez Colado & Baptista Lucio , 2014, p. 234), cada cosa que podrían aportar a la investigación era válida por sí misma y no se permitiría bajo ninguna circunstancia juzgar sus decisiones o su historia ni al momento de la entrevista y mucho menos en la presente disertación.

En la aproximación cualitativa hay una variedad de concepciones o marcos de interpretación, que guardan un común denominador: todo individuo, grupo o sistema social tiene una manera única de ver el mundo y entender situaciones y eventos, la cual se construye por el inconsciente, lo transmitido por otros y por la experiencia, y mediante la investigación, debemos tratar de comprenderla en su contexto (Fernandez Colado & Baptista Lucio , 2014, p. 9).

Es muy rico poder hacer investigaciones como esta ya que permiten al investigador conocer acerca de la realidad de los problemas sociales. “Analiza los aspectos explícitos, conscientes y manifiestos, así como aquellos implícitos, inconscientes y subyacentes. En este sentido, la realidad subjetiva en sí misma es el objeto de estudio” (Fernandez Colado & Baptista Lucio , 2014, p. 10), poder encontrar factores comunes entre los casos estudiados fue una de las cosas más sorprendentes ya que investigadores posteriores puedan tomar ésta investigación como punto de partida de otra centrada en temas más específicos.

3.2.1. Descripción de casos.

Para la descripción de los casos se utilizan nombres ficticios que protegen la identidad y privacidad de las madres. De esta manera se asegura el compromiso firmado por cada una de ellas en el consentimiento informado. Las entrevistas fueron grabadas y a continuación se transcriben las historias de cada una de ellas. Las partes que están en letras cursivas dan cuenta de momentos cruciales en la entrevista y por tal razón se ha tomado literalmente lo que cada una de las mujeres relató.

3.2.1.1 Caso 1.

Olga Maldonado es una mujer soltera de 24 años de edad, vive en la ciudad de Quito. Se quedó embarazada mientras mantenía una relación con un hombre de su trabajo. Al enterarse de la noticia tenía ya tres meses de gestación y estaba bastante confundida, sin embargo, mantenía la calma y no permitió que la situación la invada. Su novio parecía no aceptar a su hijo y manifestaba rechazo y desacuerdo frente a la decisión de Olga de tener al bebé.

El embarazo de Olga estuvo acompañado de problemas en el trabajo que terminaron en un despido de su puesto de empleo a su quinto mes de gestación. Su relación de pareja durante el embarazo se fue deteriorando y poco a poco hizo que ella termine la relación con el papá de su bebé, lo cual le resultó bastante duro pero también le permitió tener fuerzas para centrar su atención únicamente en su hijo y su embarazo. El quinto mes llegó cargado de bastantes conflictos ya que decidió contar la noticia a sus padres y también atravesaba por el duro momento de ser despedida de su empleo y no contar con el apoyo de su pareja. Sus padres estuvieron sorprendidos con la noticia y tuvieron dificultad en aceptar la situación, sin embargo, le manifestaron apoyo y seguridad para que Olga mantenga su decisión y culmine su embarazo de la mejor manera.

Desde el momento en que pudo contar con el apoyo de su familia comenzó a sentirse más cómoda, mantuvo un alejamiento afectivo con el papá de su hijo y se sintió más segura, para Olga era una amenaza estar con una persona que rechazaba lo que ella en ese momento más quería en su vida, su hijo. Desde el sexto mes hasta el nacimiento de su bebé las cosas fueron mejorando, pudo hacer uso de la Ley y fue indemnizada por el despido de su trabajo y económicamente se sentía, también, más solvente.

Su bebé nació en agosto de 2015, un sábado a la madrugada. Olga estaba sola en su casa cuando se percató que su agua de fuente se regaba por medio de sus piernas, llamó a su médico, quien sin ninguna preocupación ni atención, le dijo que espere y vaya al siguiente día al hospital, Olga no tenía contracciones ni dolores entonces accedió a la recomendación de su médico. Llamó a sus padres y a sus hermanas a contar la noticia y ellos se pusieron muy nerviosos e intranquilos. La madre de Olga no podía contener su emoción y derramaba lágrimas, Olga por su parte intentaba tranquilizar a quienes la rodeaban diciéndoles que ella estaba bien y que Ernesto (su bebé) nacería al día siguiente. Los padres de Olga la acompañaron al hospital para que pase la noche ahí y se fueron a sus casas a descansar, Ernesto se manifestó desde la madrugada del sábado y nació casi sin labor de parto y de manera inmediata, de modo que el ginecólogo que atendió la primera llamada de Olga no alcanzó a llegar. *El doctor me dejó solita, yo tuve a mi hijo prácticamente sola, no estaba mi mamá, ni mis hermanas, ni el doctor.*

Para Olga su parto fue bastante fácil, sin embargo, las horas previas al nacimiento de su hijo fueron muy duras. Apenas Ernesto nació se lo llevaron para las rutinas médicas protocolarias y no fue sino tres horas después que ella pudo encontrarse con su hijo y comenzar a conocerse. Olga se encontraba en la habitación con sus padres y sus hermanas cuando una enfermera del hospital llegó con el recién nacido en brazos, al presentar al niño a su madre le dijo: “ahora sí tiene que darle de comer”, en ése momento Olga tuvo muchos sentimientos encontrados y estaba bastante desorientada, intentó acercar su pecho a la boca de Ernesto y él parecía dormido, la enfermera seguía muy insistente *tiene que darle el seno o sino se va a morir, ya ha pasado mucho tiempo sin comer*, la madre de Olga intentaba también ayudar, todos los presentes en la habitación se quedaron a la expectativa de ver qué pasaba y la enfermera no iba a salir del escenario hasta no asegurarse de que el bebé se haya alimentado.

Olga comenzó a desesperarse ya que su primer encuentro con su hijo no fue lo que ella hubiera alcanzado a imaginar, se sintió muy angustiada frente a la posibilidad de muerte de su bebé si es que ella no lograba darle de su seno, la enfermera se acercó a ella y miró sus pechos *Uyyy, es que tiene el pezón metido, así no le va a poder dar, ¿Cómo quiere que su hijo coja el seno si es que está metido su pezón para adentro*. Por otra parte su madre intentaba tranquilizarla, Ernesto lloraba, la enfermera seguía insistiendo en hacer que

el bebé coma y le dio la opción de *darle fórmula* como una solución emergente para que el niño coma lo que necesitaba. En medio de algunos puntos de vista distintos entre las personas que se encontraban en la habitación, Olga accedió a que la enfermera le diera fórmula a su bebé y fue la enfermera quien se encargó de eso y de estar con el bebé las horas que ella tuvo que permanecer en el hospital.

Al poco tiempo otra enfermera entró en contacto con Olga y le aconsejó que se saque los pezones con una jeringuilla para que, así, su bebé pueda lactar, Olga encontró una manera de sacarse su propia leche con la jeringuilla recomendada y darle directo de la jeringa a su bebé en la boca, al momento que lo hizo *todo el mundo comenzó a hablarme y presionarme para que no le de así y le de directo del seno, la otra enfermera me decía que ya me va a tocar darle fórmula porque con estos pezones no iba a coge*, ella estaba muy confundida frente a lo que estaba viviendo en los primeros días de vida de su hijo y sintió que el susto la paralizó. Ella solo pensó en ese momento que la fórmula era la salida para poder alimentar a su bebé al menos hasta estar en una situación más cómoda. Su estancia en el hospital no duró mucho, al siguiente día le dieron el alta y le mandaron un tarro de formula como alimento de su hijo, en el camino hacia la casa de su madre (donde iba a quedarse por un tiempo corto) estuvo pensando que debía llegar a darle fórmula porque era más fácil y así se aseguraba que su hijo este alimentado.

Al llegar a la casa de su madre las cosas se complicaron más ya que el momento de la lactancia comenzó a volverse un tormento para Olga y para Ernesto, Olga empezaba a sentirse agobiada e impotente al no poder darle de comer a su bebé, Ernesto por su parte manifestaba sentirse bastante incómodo cuando su madre intentaba acercarse para ofrecerle el seno, Ernesto lloraba cuando Olga quería darle de lactar, lanzaba su cabeza para atrás y parecía imposible que abra la boca frente al seno. Los días fueron pasando de esa forma y Olga permanecía en la casa de su madre para sentirse más segura, ella confiaba plenamente en la sabiduría de su mamá y dejaba que ella le ayude con tareas delicadas como bañarlo, sacarle los gases, cortarle las uñas y hacerlo dormir.

Al preguntar a Olga por el padre de Ernesto ella mostró bastante distanciamiento y apatía, el padre estuvo bastante alejado sobre todo en los últimos meses de embarazo, para ella la cercanía del papá de su hijo es una amenaza y prefiere hacerse cargo sola de todo lo

que concierne a su hijo. Con el tiempo el padre de Ernesto ha ido tomando cada vez más distancia y va a verlo con poca frecuencia. *Igual cuando el papá de Ernesto viene a verle, él llora mucho, no se deja cargar, se pone como molesto y parece que se da cuenta de que su papá primero lo rechazó a él.*

Olga comenta que los primeros días con Ernesto fueron muy angustiantes, se sentía impotente y no sabía cómo actuar, *cuando Ernesto lloraba yo no sabía qué quería, no entendía que le pasaba, por suerte mi mami estaba ahí y ella me iba explicando cómo se hace y así fue como poco a poco fui haciéndolo yo sola*, su madre seguía insistiendo para que Olga le ofrezca el seno al bebé, Ernesto a todos estos intentos respondía con llanto y bastante disgusto.

Olga alimentaba a su bebé sacándose su leche ella misma y poniéndola en una mamadera, complementaba la alimentación de su hijo con fórmula, sin embargo no quería dejar de sacarse la leche ya que tenía la esperanza de que algún día su hijo se anime a lactar directamente. Ella por su parte trataba todos los días y de varias formas de acercar sus senos a la boca de su hijo siempre recibiendo la misma respuesta, Olga buscaba en internet y libros acerca de la lactancia y probó todos los consejos que encontró sin acertar con ninguno.

A los dos meses de nacido Ernesto le recomendaron a Olga ir a un pediatra experto en casos como los de ella al cual acudió con urgencia y el pediatra le aconsejó usar un chaleco que le sostenía los pechos y le sacaba los pezones para que Ernesto pueda mamar y Olga con mucha esperanza y entusiasmo lo compró y llegó a su casa a probar lo que había comprado, ella había tomado una decisión “si esto no funciona ya no intento más y le doy fórmula”, lo intentó tres veces y Ernesto continuó rechazando la lactancia, entonces Olga con el torso desnudo abrazó a su hijo y ambos se quedaron en silencio, se miraron durante largo tiempo y ella acercó su pecho a la boca de Ernesto y fue esa la primera vez que logró alimentarlo directamente con su seno.

Ernesto desde la primera vez que lactó, a los 2 meses de nacido no ha dejado de hacerlo hasta el momento (6 meses después). En la actualidad Olga se encuentra mucho más relajada, disfruta de su bebé, se anima a hacer las cosas por ella misma y su miedo a equivocarse ha disminuido casi en su totalidad, la dinámica entre ambos se ha dado con

bastante soltura, ella ahora, entiende las razones por las que su hijo llora y le es fácil saber cuándo es por hambre, cuándo es porque está enfermo, cuándo está sucio o cuándo solo quiere que le preste un poco de atención.

3.2.1.2 Caso 2.

Gabriela Recalde es una mujer casada de 21 años de edad. Se quedó embarazada en febrero de 2015. Comenzó a sospechar de su embarazo cuando su periodo se ausentó, entonces buscó en internet acerca de los síntomas del embarazo y encontró que uno de los síntomas principales es que los pezones comienzan a tomar forma de flor y ella al ver que sus pezones habían cambiado se sintió muy angustiada y decidió hacerse una prueba de orina, la cual salió negativa, esperó unos pocos días para ver si su periodo bajaba y no obtuvo respuesta, ella junto con su novio decidieron hacer una prueba de sangre que salió positiva.

Al momento que Gabriela recibió la prueba con respuesta positiva sintió que un balde de agua fría le cayó sobre su cabeza, *me sentí, súper mal, pensé que se me iba a arruinar la vida y que era lo peor que podía pasarme*, su novio intentó tranquilizarla y juntos decidieron dar la noticia a sus padres para saber qué hacer, los primeros días después de la noticiación fueron muy angustiantes para Gaby ya que pensaba sobre todo, que no quería tener a su bebé, *primero le contamos a mi mamá, ella me dijo que no es la edad para tener un hijo, que pensaba que yo iba a ser madre en otras circunstancias y me hizo pensar mucho cuál era la decisión más correcta*, Gabriela pensó en un aborto, sin embargo, al hablarlo con la mamá de su novio se sintió más tranquila y sobre todo apoyada por las familias de ambos.

Hasta que me fui a hacer el eco no creía que estaba embarazada, en ese momento sentí el corazoncito de mi nena como latía y eso me cambió la vida, yo ahí decidí que iba a tener a mi bebé y que no tenía la potestad para quitarle la vida a alguien que no tiene la culpa de nada, se me fueron las ideas locas que tenía y supe también que un aborto trae muchas consecuencias para toda la vida.

Para Gaby su embarazo comenzó a darle felicidad en el momento en que pudo contarle a su papá y sintió el apoyo de su familia y la de su novio, ellos decidieron casarse y empezar una familia antes de que su bebé nazca, su vida tomó muchos cambios en poco

tiempo, se fue a vivir con su esposo, tuvo una bebé y también comenzó una carrera universitaria. A pesar de los cambios que Gaby vivió siente haber tenido un embarazo tranquilo, estuvo angustiada en algunos momentos, sin embargo supo controlar su estado de ánimo y culminar su embarazo.

Gabriela tuvo a su nena en un parto *normal*, nació su hija a las 3:15 de la madrugada y se la pasaron a la habitación a las 6 de la mañana, el doctor se le pidió que acerque su pecho al bebé, su bebé apenas sintió el pezón comenzó a lactar, ella los primeros días sentía mucho dolor cuando su bebé comía, sin embargo tenía paciencia hasta que el dolor pase, Gabriela recuerda que su bebé tomó el seno con normalidad, sin embargo, ella no se sentía cómoda cuando salía a la calle y tenía que alimentarla y fue por esa razón que decidió comprar fórmula para los momentos en que tuviera que salir o ausentarse. La alimentación comenzó a mezclarse, cuando ella estaba ocupada le daba fórmula y cuando podía, entonces, le daba el seno. Gaby refiere que a su hija se le hacía más fácil tomar la fórmula que el seno y que a partir de introducir la fórmula a su bebé ella prefería este tipo de alimentación.

Ella se empezó a dar cuenta que es más fácil tomar de la teta que de mi seno y sabía que era más fácil, cuando a veces le quería dar del seno renegaba, ya no quería hacer esfuerzo con el seno y yo por evitar que llore le daba la teta y se calmaba, para ella era más fácil.

Poco a poco Gabriela dejó de darle de lactar a su hija ya que sentía que su bebé la rechazaba y no le gustaba tomar el seno, a los 4 meses de nacida la bebé su alimentación se basaba exclusivamente en fórmula, no se sentía del todo cómoda con esta decisión ya que recibía críticas constantes por parte de su familia.

Ellos piensan que es necesario que le de mi leche hasta los 6 meses o hasta al año, o más. Mi hermana es médica y me decía que tengo que obligarle a mi nena a coger el seno, pero yo no quería que llore mi hija, me desesperaba, entonces le daba la fórmula.

A pesar de las críticas y opiniones de las demás personas, Gaby pensó que lo importante es que su hija coma, no importa la forma pero debía estar bien alimentada y su pediatra en las evaluaciones decía que la bebé estaba bien, entonces ella soportó las críticas de su hermana y su mamá y afrontó su decisión de parar la lactancia.

Gabriela siente que cuando sostiene a su bebé es un momento bonito y único para ambas, al comienzo se sentía un poco ajena a la situación y no podía creer que esa niña era suya, poco a poco fue acostumbrándose a su bebé y el sentir el apoyo de su esposo le ha hecho llevar cada vez mejor su situación.

A Gaby le hace sentir muy cómoda que sea su esposo quien más se ocupa del cuidado de su bebé, es su esposo quien la mayoría de veces le cambia los pañales, le da de comer, le baña y ella siente seguridad sabiendo que es su esposo quien realiza estas tareas. *Mi relación con mi esposo siempre ha sido buena, en el embarazo él se preocupaba mucho, me cuidaba, me daba frutas y ahora mi nena es muy apegada a él.*

A Gaby no se le dificulta saber las razones por las que su hija llora, sin embargo en ocasiones ha sentido no poder más con la universidad y el cuidado de su hija, se desespera cuando la escucha llorar mucho tiempo y se irrita con facilidad, sin embargo, pone todo su empeño por acudir a los llamados de su hija y darle lo que necesita. Cuando la bebé nació se le dificultaba entender a su nena, sin embargo, contar con el apoyo de su suegra y su esposo hizo que ella se relaje un poco y pueda empezar a conocer a su bebé, sobre todo pudo darse cuenta cuando su hija no quería lactar y ella optó por la fórmula haciendo caso a su intuición y a las señales que su hija le daba.

3.2.1.3 Caso 3.

Patricia es una mujer de 33 años de edad. Acababa de casarse cuando quedó embarazada de forma inesperada, ella y su esposo planeaban tener hijos, sin embargo, en ese momento la noticia les llegó de sorpresa. Al comienzo ella no podía creer que tenía a un bebé adentro, *me olvide de mi periodo y no creía que podía estar embarazada, compre una prueba de embarazo y cuando vi la respuesta positiva pensé que estaba dañada la prueba y que no podía ser cierto*, Paty se olvidó de la prueba y continuó con su vida normal hasta que su esposo insistió en hacer una prueba de sangre y hacerse a la idea de que en pocos meses tendrían un bebé.

Patricia en su embarazo tenía muchas responsabilidades laborales y un trabajo que demandaba bastante esfuerzo emocional, su jefe al enterarse de la noticia intentó cambiarle de empleo para que ella pudiera estar tranquila, sin embargo, eso no sucedió, por el contrario Patricia tuvo problemas laborales, *una compañera de trabajo me acosaba y me*

maltrataba, hacia todo lo posible por molestarme la vida, su periodo de embarazo fue muy difícil emocionalmente ya que estuvo expuesta a llamados de atención, memos y cuestionamientos sobre su trabajo. El jefe de Patricia confiaba mucho en ella y la apoyaba incondicionalmente, sin embargo, las dos compañeras de trabajo se encargaron de hacer que Patricia pierda la calma y sienta impotencia frente a su situación.

Físicamente el embarazo de Patricia fue muy bueno, no tuvo estragos de embarazo ni cambios físicos sino hasta el sexto mes, cuando ella comenzó a sentir que realmente estaba embarazada y sus compañeros de trabajo empezaron a notarlo cuando la veían más gordita. Patricia debido a los incidentes en su lugar de trabajo tuvo que hacerse los controles médicos en el seguro social y con un médico particular, *me iba al seguro solo para no tener problemas, para tener los papeles legales y no darles oportunidad de que sigan molestándome, pero realmente mi médico no era de ahí*, gastaba mucha energía en protegerse de la situación laboral que vivía, estaba pendiente de lo que dice la Ley con respecto a las embarazadas y en varias ocasiones su médico le recetaba reposo para que no vaya a su oficina a poner en riesgo su salud.

Los problemas laborales continuaron el tiempo que duró el embarazo y hasta el último día las compañeras de Patricia intentaron desequilibrarla y ella amparada por La Ley, se defendía, desgastándose cada vez más. Al final del embarazo Patricia había salido *ilesa* de todas las cosas de las que se la inculpaba y logró que sus compañeras la dejen tranquila.

Patricia no pudo disfrutar de su embarazo y casi pasó desapercibido, intentaba mantener la calma, Ana nació en noviembre de 2015, el nacimiento de su hija no fue como ella lo había esperado ya que Patricia y su esposo tenían la ilusión de hacer un parto humanizado, tener a su bebé en agua y estar tranquilos. El día del nacimiento de su hija ella sentía muchísimo dolor, no aguantó estar en el agua y los médicos consideraron que la cabeza de su hija era demasiado grande para su pequeño cuerpo y que debían proceder a hacer una cesárea.

Me moría de miedo porque odio las inyecciones y por eso quería parto normal, yo tenía terror la cesárea, no quería ver las agujas. Me angustié más cuando tuvimos que entrar al quirófano y mi esposo tuvo que ir a cambiarse la ropa, me quedé solita y eso fue lo peor,

intenté pensar solo en el bienestar de mi hija. Fue la primera vez que no pensé en mí sino en ella, para que ella nazca y que esté tranquila.

Cuando Patricia recobró la conciencia vio a su esposo con algo en los brazos y no podía creer que era su hija, en la clínica en la que ella tuvo a su bebé tienen la política de no separar a los bebés de sus madres cuando nacen y dejaron a la bebé en sus brazos para que pueda ser alimentada, Patricia se sintió impotente y desvalida al momento que tuvo a su hija en brazos, aún sentía que estaba con la anestesia y que el dolor de la cesárea comenzaba a hacerse presente.

Una de las enfermeras del hospital entró a la habitación para comprobar que Ana se esté alimentando y miró los pezones de Patricia con bastante decepción, *la enfermera me dijo que no tenía pezón, que así no podía darle de lactar a mi bebé y ese fue un comentario devastador*, la enfermera se acercó nuevamente a Patricia con una jeringuilla para intentar sacarle los pezones y que la bebé pueda lactar y efectivamente el objetivo se logró, Ana pudo comer durante su estancia en el hospital.

Solo recuerdo que ella ya estaba en mi seno, le puso la enfermera en mi seno, yo estaba en otras, yo pensé que la lactancia es muy fácil lo ves en todas partes, pero no fue así, la enfermera tuvo que hacer todo y yo no podía hacer nada, no podía ni siquiera moverme, estaba cansada, me dolía todo y estaba más preocupada por mi dolor que por mi hija.

En la clínica Patricia podía sentirse más segura porque alguien experto en bebés y en salud estaba haciéndose cargo de ella, sin embargo, al llegar a su casa las cosas se pusieron muy complicadas, el dolor físico que sentía iba en aumento y aún no podía acercarse a su hija. *Mi esposo se hizo cargo de todo los primeros días porque yo no podía ni moverme, él logró que Ana tenga una rutina y yo solo tenía que darle de comer y era la peor parte*, Patricia seguía muy afectada por sus dolores y no quería que los días pasen y su esposo deba regrese a trabajar, las primeras veces que su hija lactó ella no sintió nada, *yo seguía pensando solo en mi y en mi recuperación porque sabía que mi esposo se estaba encargando de todo y yo confiaba que todo estaba bien*, pasaron los días y los senos le dolían cada vez con mas intensidad.

Al principio no me di cuenta de mis senos, cuando observe mi cuerpo, mi seno derecho estaba destrozado después de que ella tomaba, no tenía la piel, perdí la mitad de

mi pezón derecho y la cuarta parte del izquierdo, Patricia se quejaba con frecuencia de dolores del seno y su esposo le pedía que siga intentando y que cumpla la única obligación que tiene como madre, mi esposo no se daba cuenta del daño que me estaba causando y yo lloraba cada vez que tenía que darle de lactar a mi hija.

Patricia se sentía muy presionada por darle de lactar a su hija, lloró cada una de las veces que tuvo que hacerlo y miraba que sus pezones se destruían cada vez más. Ana no presentaba ningún síntoma ni molestia, la bebé estaba bien bajo el cuidado de su esposo y Paty sentía que era ella la del problema.

Yo soy fumadora, yo solo quería un tabaco, una cerveza y en la lactancia eso es imposible, cuando era la hora y le veía a mi esposo y me decía te toca, tienes que darle, para mí era la peor hora del día. Parecía como si le estaba rechazando a mi hija, pero no era eso, solo no quería darle de lactar.

Intentó ponerse cremas en los pezones y buscar soluciones para poder alimentar a su bebé pero las soluciones parecían empeorar el problema ya que a Ana se le llenaba la cara de granitos cada vez que su madre hacía algo para calmar el dolor de sus senos. Pasaron 17 días después del nacimiento de Ana y tuvieron que asistir a un control rutinario médico en el cual las cosas con su bebé estaban de maravilla, excelente peso, bien la talla, buenas respuestas motrices, etc. De pronto la doctora preguntó *¿Cómo vas con la lactancia?* Y Patricia se echó a llorar y le contó a la doctora lo mucho que ha sufrido, *no puedo usar ropa ni cargar a mi hija, me duele todo el cuerpo, no puede rozarme nada la piel porque me arde mucho y mi hija me muerde el pezón desesperada*, la doctora observó los pezones de Patricia y se sorprendió de verlos tan destruidos y en seguida aconsejó a Patricia parar la lactancia ya que había perdido sus pezones casi por completo. Antes de salir de la consulta médica, la doctora percibió el dolor por el que Patricia estaba atravesando y les regaló un tarro de fórmula *para mí fue el alivio más grande, la palabra mágica, mi esposo al salir de ahí me pidió disculpas, me pidió disculpas por no saber escuchar el dolor que yo sentía.*

Los días posteriores a la consulta médica no fueron perfectos, ahí comenzaron las críticas sociales. El padre de Patricia parecía estar muy angustiado con la idea de que su nieta se alimente con fórmula e intentó varias veces abordar a Paty para que vuelva a darle exclusivamente lactancia materna, ella alimentaba a su hija de forma mixta, a veces

lactancia y a veces fórmula. La doctora siguió en contacto con Patricia y su esposo, además les ofreció una asesoría en lactancia, sin embargo, las cosas en casa no funcionaban como cuando Patricia tenía a una experta ayudándole.

Yo tenía la ilusión de que mis senos se pongan bien y pueda darle pero no fue así, sentía muchísima culpa, me cuestionaba si estaba haciendo las cosas bien, pensaba que no estaba formando el vínculo con mi hija que tantas veces leí, un poco le culpaba a mi hija porque veía que ella me agarraba muy duro.

Para Patricia tanto la lactancia como la alimentación con fórmula han sido muy desgastantes, en ocasiones ha sentido no poder más y solo querer estar sola y poder hacer lo que antes de su embarazo hacía, retomar su vida anterior y olvidarse de todos los problemas, *pensé que lo peor había pasado con las locas en el trabajo y no, lo peor vino después con la lactancia*, para ella sentir el apoyo de su esposo ha sido fundamental en este duro proceso ya que ha sido él quien se encargó de las necesidades de su bebé mientras ella recuperaba su salud y retomaba fuerzas para poder cuidar a su hija.

Una vez que Patricia decidió dejar totalmente de lado la lactancia y utilizar fórmula como alimento exclusivo de su hija la dinámica entre ellas pudo ser más cercana, comenzó a ser ella quien preparaba las tetas y le daba de comer mientras podía abrazarla. Patricia sentía mucha culpa y cargo de conciencia que se manifestaron en varias ocasiones durante la entrevista, sin embargo, ha podido sobrellevar la situación, fumarse un tabaco y tranquilizarse para poder continuar.

3.2.1.4 Caso 4.

Carmen Grijalva comenzó la entrevista diciendo que le parece muy mal que las personas juzguen la forma que una madre da de comer a sus hijos, *yo creo que las mamás hacen lo mejor que pueden con lo que tienen y me parece inhumano criticar las formas que las madres han encontrado para alimentar a sus hijos*. Al contactar a Carmen ella estaba un poco atemorizada de que la entrevista y la investigación traten de revivir lo que ella había logrado enterrar y se juzguen sus decisiones y sus acciones. Fue pertinente con ella explicarle detalladamente de qué se trataba la disertación para que sus defensas bajen y acceda a contar su historia.

Carmen es una mujer casada de 30 años de edad, estaba buscando junto con su esposo quedar embarazada y no fue muy fácil, estuvieron algún tiempo preparándose para ser padres y para nivelar sus hormonas y ciclos menstruales y que su embarazo sea una realidad. *Yo tuve todo el tiempo del mundo para informarme, leí muchísimos libros y lo que mas me intereso fue la lactancia*, para ella la lactancia parecía ser lo más hermoso que puede existir entre una madre y un hijo, y según los libros a los que ella había tenido acceso, era lo más natural y normal que un bebé lacte si es que está compenetrado con su madre y si logran tener conexión. A Carmen jamás se le cruzó por la cabeza que las cosas podían dificultarse y tenía muchas expectativas de que su hija nazca y pueda poner en práctica todas las cosas que había logrado aprender con los libros.

Valeria nació al culminar la semana 40 de embarazo, su madre había decidido hacer una cesárea y las cosas estaban programadas para ese día, sin embargo, cree que los médicos no fueron muy éticos cuando atendieron el nacimiento de su hija ya que en la mitad del nacimiento ella comenzó a sentir dolor y tuvieron que ponerle anestesia general mientras su hija nacía. Se despertó de la anestesia tres horas después de nacida su hija y el equipo médico del hospital había decidido alimentar a la bebé con fórmula hasta que Carmen pueda despertar y hacerlo. No recuerda bien cómo fue que Valeria comenzó a lactar, solo recuerda que estuvo mamando de su pecho izquierdo durante una hora y cuando la retiró tenía el pezón lastimado. Ella había leído bastante sobre el tema y sabía que los primeros días son complicados y dolía un poco, no tomó en cuenta sus heridas y continuó dando de lactar a su hija.

Carmen a pesar de haber consultado mucho sobre el tema, estaba bastante afectada y con mucho dolor en los senos, *me dolía como cuando tienes un cortado y tienes que desinfectarte y tu quieres quitar el dedo pero sabes que tienes que limpiar la herida, entonces te limpias lo más rápido que puedes para no tocarte más*, a ella le provocaba retirar su seno cuando Valeria mamaba porque sentía mucho ardor, *es angustiosísimo porque es irte en contra de lo que te provoca hacer, lo que quería hacer era no darle el seno*, buscó muchos grupos de ayuda y asesoría para lactancia y uno le dejó la esperanza de que su hija pueda seguir con lactancia ya que una de las asesoras introdujo el seno de Carmen dentro de la boca de Valeria y ella comenzó a lactar chupando todo el seno, *esa fue*

la única y exclusiva vez que ella lactó bien y comencé a llorar y a sentir que mi hija comía, yo estaba acostumbrada a un dolor horrible y esa vez no me dolió, sentía como cosquillas.

Al llegar a su casa Carmen tenía la ilusión de poder hacer lo que le enseñó la asesora, sin embargo sus intentos fracasaron y el dolor volvió a los senos, su hija se retiraba, lloraba y tampoco quería lactar de esa forma. *La lactancia me resultó insoportablemente dolorosa, de forma que pude alimentar a mi hija solo extrayendo mi leche y dándosela en biberón durante sus primeras semanas de vida*, Carmen sentía que de esa forma no estaba haciendo algo tan malo ya que de cualquier forma seguía siendo leche materna.

Tenía los pezones destrozados, tuvo que ir al hospital a que le cosan un par de puntos y de esa forma lograr cicatrizar las heridas que la lactancia le estaba produciendo, su madre le repetía varias veces, *los hijos duelen, la maternidad es sufrir* y Carmen no lograba convencerse de que las cosas debían ser así, ella estaba segura de que algo más estaba pasando, la cara de su bebé se estaba llenando de granitos y tenía los ojos achinados. Los médicos le habían repetido a Carmen varias veces que su hija estaba bien y que los granitos y las deposiciones eran normales, sin embargo ella pensaba que había algo raro y que los síntomas de su hija escondían algo más.

Carmen permaneció un mes sacándose su leche y dándole a su bebé en biberones, las personas que la rodeaban y veían todo el ritual que ella debía hacer para alimentar a su hija (conectar el aparato que extrae la leche, poner la leche en biberones desinfectados y guardar la leche para luego ser calentada y que Valeria pueda alimentarse) se angustiaban y le decían que la lactancia es más fácil y que ella se complicaba mucho, Carmen por su parte prefería eso antes que acceder a darle fórmula ya que en varias de sus lecturas describían a este producto como el causante de muchos males y tampoco podía darle de su seno directamente ya que le causaba mucho dolor. *No es que sentía un rechazo frente a mi hija sino un rechazo frente a la necesidad de mi hija, a esa necesidad, que me coma.*

Al poco tiempo Valeria fue diagnosticada por su pediatra como, *alérgica a la leche materna* y para ella esto fue terrible, todas las expectativas que se había hecho con respecto a la maternidad y a la lactancia en específico tuvieron que cambiarse por unas nuevas que se ajusten a la realidad de ella, investigó acerca de esta condición de los bebés y pudo darse

cuenta que en la actualidad es muy común que los niños no puedan lactar y que se deban buscar otras maneras de alimentarlos, *recomiendo a las mujeres no tener expectativas muy altas, mientras mas alto es el vuelo mas duro es el golpe y me di cuenta que la maternidad es más que la lactancia*. Carmen supo que debía darle fórmula para que su hija esté bien y a los pocos días de cambiar la alimentación los granos de la cara de Valeria desaparecieron y el llanto y las molestias se fueron junto con la idea de la lactancia perfecta.

Al segundo mes de nacida Valeria las cosas cambiaron completamente, Carmen pudo concluir que lo mejor para su hija es lo que a ella le hace bien y que es la madre quien debe decidir la forma en que va a alimentar a su hijo. *Probablemente si a la Vale no le diagnosticaban alergia a la leche yo no hubiera aguantado tanto tiempo sacándome la leche y menos dándole de lactar y seguramente hubiera terminado dándole fórmula*, Carmen siente que a partir de que se hizo a la idea de alimentar a su hija con fórmula puedo estar más cerca de ella ya que no había dolores y podía compartir más tiempo con su hija.

La relación de Carmen con su esposo es bastante buena, ella se siente muy apoyada por él y han compartido todo el crecimiento de su hija juntos, toman las decisiones que respectan al cuidado de su hija entre ambos. La parte social ha sido un poco complicada para Carmen ya que siente que la sociedad necesita recibir explicaciones cuando una madre no le da de lactar a su hijo, *en mi caso todos decían: no le da de lactar porque la bebé tiene alergia a la leche y la pobre Carmen tiene que comprar una leche carísima para su hija*, esas explicaciones para ella sobran ya que de alguna manera le justificaban algo que no necesita justificarse. A pesar de que Carmen esta consciente de que hizo todo lo humanamente posible por darle leche materna a su hija sabe que sus esfuerzos eran vanos si esa leche le causaba daño a su bebé. Carmen sabe y siente que es la mejor mamá para Valeria aunque no haya podido sostener la lactancia.

3.2.1.5 Caso 5.

Sandra Cruz es una mujer casada y en la actualidad tiene un hijo de 8 años, ella junto con su esposo estaban buscando un segundo embarazo durante un largo tiempo, de repente una noticia invadió sus vidas de mucha alegría, iban a tener un hijo, al poco tiempo de la emoción llegó una noticia que anímicamente los destrozó, había perdido a su bebé en un aborto espontáneo. No tardó mucho tiempo en llegar un nuevo embarazo, sin embargo, a

pesar de la felicidad que tenía también un miedo enorme la invadía por saber si todo estaba bien, si continuaba creciendo su bebé y el solo hecho de pensar que podía perder a su hijo la ponía muy angustiada y no la dejaba tranquila. *Estaba demasiado ansiosa, si es que no sentía a mi bebé me iba enseguida al médico, en realidad mi bebé casi no se movía en el embarazo, no era como mi primer hijo.*

A lo largo del embarazo Sandra estaba tranquila mientras sabía que no corría riesgo de sufrir un aborto y apenas nació su hija y la escucho llorar y sintió su respiración, la preocupación que tenía disminuyó casi que por completo, sin embargo, le angustiaba un poco saber la responsabilidad que en ese momento tenía entre sus brazos, a pesar de que Sandra no era una mamá primeriza, refiere en muchas ocasiones de la entrevista lo diferente que es un hijo de otro, cuando habló de la lactancia, refirió que con su primer hijo sentía más angustia y temor cuando comía porque no sabía si se estaba alimentando bien, le atemorizaba mucho que se atore, le producía mucha ansiedad darle directamente de su seno y se sacaba su leche para dársela en un biberón y así, poder controlar la cantidad de leche que ingería y estar más disponible si su hijo se atoraba. Con su segunda hija la primera vez que le ofreció el seno ella podía sentirse más tranquila, *yo sabía ya como funcionaba, cuando le dí de lactar sentí mucha conexión con ella, además yo ya había decidido que iba a ser una lactancia exclusiva, no como con mi primer hijo.*

Al poco tiempo de nacida su bebé comenzó a presentar llanto muy frecuente al momento de alimentarse y cuando hacía la deposición. Sandra sabía que a su hija le estaba pasando algo, parecía que le dolía la barriga, que estaba molesta y solo quería pasar pegada a su madre para sentirse tranquila, al llevarla al médico, recomendó que cambie la dieta de su alimentación, pues parecía que eso le estaba produciendo daño, ella hizo caso a todas las indicaciones del médico y ninguna funcionó, Sandra pasó 2 meses probando cosas con su hija y nada resultaba, su bebé lloraba tanto que se le formó una hernia en el estómago producto del esfuerzo que realizaba al llorar y tuvo que ser operada.

En los días anteriores a la operación el médico le sugirió comprar una formula blanda para que la bebé pueda defecar con normalidad, ella por su parte seguía extrayéndose la leche para no dejar de producir ya que tenía la esperanza de que después de la operación pueda retomar los planes que había hecho con respecto a la alimentación de su

bebé, sin embargo los problemas no terminaron ahí, a pesar de la operación de la hernia la bebé seguía presentando los mismos síntomas y el llanto continuaba. Los médicos no sabían el diagnóstico que tenía y su bebé solo se recuperó con el pasar de los días y tomando una fórmula especial, Sandra dejó de producir leche y tuvo que acabar con la idea de dar de lactar a su bebé.

Busqué grupos de apoyo para encontrar una guía y me rehusaba a creer que mi hija tenga alergia a mi propia leche, la gente por las redes sociales me guiaba y me aconsejaban pero nada funcionaba. Los médicos me dijeron que suspenda la lactancia por completo y como mi esposo es médico intentaba que yo siga todas las recomendaciones que me hacían los profesionales, yo en el fondo sabía que no era mi leche y al final se logró comprobar que no había nada en mi leche que le cause daño, sin embargo, hasta ahora no se sabe qué fue lo que le pasó a mi hija.

La persona en quien ella más confió durante el embarazo y en quien confía hasta la actualidad es su esposo, él siempre estuvo pendiente y en los primeros días era él quien le daba leche materna en un biberón a su hija para que Sandra pudiera descansar, es su esposo quien se encarga de bañar a su niña diariamente y le proporciona a ella seguridad de que está en buenas manos. Toman las decisiones con respecto al cuidado de su nena ellos juntos, intentan unirse y darse un espacio para los dos como pareja y no solamente estar pendientes de los hijos, evitan opiniones de los demás y confían ahora en la intuición que ellos tienen como padres.

La maternidad esta vez para Sandra ha sido una cosa muy compleja, traumática y agotadora, el no saber qué le pasaba a su hija le angustiaba mucho, a veces la notaba como una niña distinta a lo normal, cuando ella lloraba o se atrancaba Sandra sentía que el mundo se le acababa, *me sentía con mi hija como cuando te van a asaltar, así como que te late el corazón rapidísimo, como que no puedo respirar bien, sentía que me ponía pálida y veía como una nube.*

En la actualidad Sandra se encuentra mucho mejor, pasó por un proceso depresivo en el que perdió 45 libras, se sentía muy culpable por no poder saber qué le pasaba a su hija, no poder darle lo que necesita y sobre todo por una intuición muy marcada que le decía que no pare la lactancia a pesar de que todos opinaban que era eso lo que le estaba causando malestar a su bebé.

Para Sandra su hija es un baúl lleno de sorpresas guardadas, el estar a la espera de alguna cosa nueva la pone muy nerviosa, sin embargo ahora puede disfrutar más de su hija, entiende las razones por las que llora, pasa mucho tiempo con ella, se dedica a su cuidado y recalca lo diferente que fue su primer hijo con la segunda.

Yo a mi primer hijo tuve que dejarle en la guardería a los 3 meses, fueron las de la guardería las que hicieron todo, le hicieron a que deje el pañal, la introducción de sólidos la hicieron ellas, comenzó a hablar también ahí, en cambio con mi hija es diferente porque soy yo la que puedo pasar con ella y enseñarle todas las cosas, y sus logros los siento míos también porque yo he estado ahí con ella.

Sandra recalcó algunas veces que percibe en esta sociedad una falta de respeto a las madres y a la familia, su parto fue una cesárea y al comienzo no podía atender las necesidades de su hija por un desvalimiento físico, no podía manejarse por sí sola y en ese momento supo que alguien más debía ayudarla.

Esa ayuda que quiere hacer un bien puede convertirse en una separación del vínculo, de la intimidad, del espacio y del tiempo, de la madre con su hijo. Una madre no puede sentir lo que le dice su instinto si la gente opina, si da consejos y eso es estresante. A veces pienso que es mejor que no haya podido tomar mi leche porque me estreso, es incomodo hacerlo cuando hay visitas, cuando sales a la calle, la ropa que tienes que usar para dar de lactar.

La maternidad para Sandra no fue una cosa fácil, sigue siendo una lucha de todos los días, sin embargo, la angustia ha ido disminuyendo con el pasar de los días y ver a su hija tranquila le permite saber que aunque no pudo darle de lactar por factores externos a ella su hija está bien.

3.2.2 Análisis de los resultados.

Los casos descritos en el apartado 3.2.1 son bastante diversos, la mayoría de ellos relatan historias de mujeres casadas que por una u otra razón se han visto en la necesidad de parar la lactancia con sus bebés y encontrar nuevas formas de alimentarlos. La angustia en las madres por cuidar de sus bebés de la mejor forma se manifiesta en cada una de las historias contadas.

Los casos estudiados para la presente disertación denotan una necesidad de las madres por hacer su trabajo de forma perfecta, muchas se preparan con anticipación para la

llegada de sus bebés, investigan cosas, ven videos, se meten a grupos de apoyo, buscan el contacto con madres que estén en situaciones parecidas y sobre todo alguien que pueda decirles que lo están haciendo bien, la búsqueda de profesionales de la salud o personas en las mismas condiciones de alguna forma les asegura que su trabajo, al menos, no es distinto al de otras madres. Esto reduce su ansiedad puesto que se sienten acompañadas por otras personas y entendidas por ellas, hace que puedan sobrellevar su condición dando y recibiendo apoyo de otras mujeres.

La necesidad de hacer de la maternidad algo perfecto choca con la realidad de todas las madres, el hijo que una madre imagina no coincide con el hijo de la realidad, un niño con sus propios deseos, sus propios límites y sobre todo con sus decisiones e imposiciones desde que nace, al momento que un niño llega al mundo enfrenta a sus padres a la realidad de tener a un sujeto como responsabilidad, sin embargo, este sujeto no será igual que el plan de hijo que ellos tenían imaginado. De esta forma el niño puede ser sujeto, únicamente cuando no se pierde en el deseo de sus padres y se posiciona como sujeto en falta (Dolto, 1984).

Las madres al atravesar una decisión tan dura para ellas como parar la lactancia a pesar de que socialmente no está bien visto logran sobrellevar la situación gracias a la proyección que hacen en sus hijos. La proyección al ser un mecanismo de defensa en el cual un “sujeto sitúa en el mundo exterior, pero sin identificarlos como tales, pensamientos, afectos, concepciones, deseos, creyendo así su existencia exterior, objetiva, como un aspecto del mundo” (Chemama & Vandermersch, 2010, p. 524), de esta forma las madres pueden calmar su angustia y protegerse frente a contenidos inconscientes con los que no han podido vérselas.

Las mujeres han logrado proyectar en sus hijos sus propios deseos “defensas contra impulsos que el sujeto no puede tolerar como propios, y se libera de ellos adjudicándolos a otros; en este caso, tanto el contenido como el proceso de proyección son inconscientes” (Mirotti & Liendo, 2008, pp. 31-32), gracias a ello las mujeres se identifican con sus hijos y pueden sentir que de alguna manera las entienden o sienten lo mismo que ellas cuando se trata de la lactancia. En la mayoría de los casos se puede notar sentirse protegidas frente a las reacciones de sus bebés, las ayudan a sentirse seguras con la decisión que han tomado

“parar la lactancia”. La proyección “tendencia natural a adjudicar a un objeto del mundo externo aspectos de nuestra propia interioridad, apercibiendo después ese objeto como teniendo realmente esas características” (Mirotti & Liendo , 2008, p. 32), se lo percibe completamente como separado de sí y de esa forma no ataca a la existencia del sujeto.

Los síntomas más comunes encontrados en las mujeres entrevistadas fueron: sentimientos de impotencia, dolor corporal, dificultad en la respiración, grietas o dolores muy intensos en pezones y senos, aceleración en los latidos del corazón, estado de alerta, sudoración, miedo al fracaso. Estos síntomas tienen mucha relación sobre todo, con los descritos por Freud cuando habla de la angustia.

Los síntomas presentados en los bebés que de alguna forma manifiestan rechazo a la lactancia fueron descritos por sus madres como; llanto excesivo, irritabilidad, incomodidad en la posición de la lactancia, mala succión, diarreas o defecaciones extrañas (abundantes, muy poca o diferente color), sin embargo, en ninguno de los casos pudo encontrarse niños con bajo peso o alguna deficiencia en el campo alimenticio, por el contrario, son bebés con pesos y tallas completamente normales o sobre el promedio de lo que se espera a la edad.

Se puede evidenciar en todas las madres la importancia de tener una figura de apoyo o confianza (madre u esposo en la mayoría de los casos) en quienes ellas puedan depositar sus miedos, preocupaciones y a su vez hacerse cargo de las demandas de sus bebés; cambiar pañales, hacerlos dormir, bañarlos, etc. De esta forma las madres también han podido darse un tiempo para poder comenzar a conocer a sus hijos y a entender sus necesidades y construir momentos de intimidad madre-hijo.

La edad puede demostrarse que no es un factor determinante, el estado civil tampoco parece ser un factor de riesgo o protección. 4 de los 5 casos presentados son mujeres que permanecen casadas y con una relación estable con sus maridos. Ser madre primeriza si bien podría parecer un factor de riesgo para no poder establecer un proceso de lactancia, si se toma en cuenta el caso 5, trata sobre una mujer que vivió rechazo a la lactancia por parte de su segundo hijo. El sexo del bebé tampoco es un factor que influye en estos casos ya que se habló de 4 niñas y un varón.

Solamente en el caso 1 la madre se vio imposibilitada de dar de lactar a su hijo desde el nacimiento de su bebé, mientras que, en los demás casos se va presentando en los

primeros meses de vida de los niños y de forma progresiva (van dejando de lactar de a poco), siendo el caso 1 el único que, con el pasar del tiempo va sosteniendo un proceso de lactancia mientras que en los demás casos va perdiéndose la lactancia y usando la alimentación en fórmula.

Las madres entrevistadas coincidieron ser madres de estratos socio económicos medios o medios altos por lo cual no puede identificarse diferentes medidas con respecto a la alimentación de los niños más que alimentación en fórmula y en todos los casos se ha mantenido de manera temporal alimentación con leche materna de forma indirecta (sacarse la leche y ponerla en mamaderas).

En ninguno de los casos presentados las madres han improvisado o hecho alimentos caseros, tampoco han intentado buscar leche de una madre donante ni mucho menos pedir a otra persona que pueda amamantar a sus hijos.

3.3. Discusión de resultados

Los síntomas físicos y psicológicos de angustia en las madres que han evidenciado rechazo a la lactancia se han presentado como; sentimientos de impotencia, dolor corporal, dificultad en la respiración, grietas o dolores muy intensos en pezones y senos, aceleración en los latidos del corazón, estado de alerta, sudoración y miedo al fracaso. No es de extrañarse que una situación nueva cause en las personas angustia, sin embargo, en estos casos ha podido verse que con el pasar de los días no siempre iba disminuyendo, por el contrario cada día, en la mayoría de los casos, los síntomas se presentaban con mayor intensidad.

Percibimos en la angustia sensaciones corporales más determinadas que referimos a ciertos órganos. Las más frecuentes y nítidas son las que sobrevienen en los órganos de la respiración y en el corazón. Otras tantas pruebas, para nosotros, de que en la angustia como totalidad participan intervenciones motrices, vale decir, procesos de descarga (Freud, 1926,1979, p. 126).

En la mayoría de los casos entrevistados, las madres, al momento de recibir a sus niños en brazos o en la primera vez que logran dar de lactar están abatidas, cansadas, presionadas y sobre todo angustiadas por este momento tan importante de sus vidas, el

primer contacto con un niño suele ser el más importante para ambos, y, en general les produce mucha angustia no saber qué hacer con el ser que tienen en brazos. La angustia al ser una reacción normal frente a una situación nueva o de peligro, las madres refieren una exteriorización del aumento de la atención sensorial y motriz, sienten las cosas de una manera exagerada, su umbral sensorial terminal es mucho más bajo que en casos en donde la angustia no se hace presente, los órganos se ponen tensos y listos para una reacción primaria. Es por ésta razón que los pezones de las madres se esconden, se ponen muy sensibles y les produce mucho dolor la lactancia (Spitz, 1965/1993).

Es común también encontrar en el discurso de las madres entrevistadas una necesidad de tener a algún experto o una persona de su entera confianza a su lado para sentir seguridad, “hay casos de primerizas ansiosas. La madre tiene que recibir una paulatina ayuda en la tecnología de los cuidados y, afirmándose en su intuición, comprender los deseos de su hijo, por sus reacciones” (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 209), 4 de los 5 casos descritos eran madres primerizas que confiaban, en los primeros días, en otra persona que pueda encargarse de su bebé mientras ellas se recuperaban del parto y se acercaban a sus hijos de manera paulatina y afirmando su estilo de crianza.

En los primeros días de vida de sus hijos a muchas madres se les hacía difícil poder saber las razones por las que sus hijos lloraban, “una madre excesivamente preocupada es menos capaz de distinguir si el niño tiene realmente hambre, o si grita por otras razones” (Spitz, 1965/1993, p. 164), conforme pasan los días y van conociéndose, ellas son capaces de identificar el llanto de sus bebés y también de ir disminuyendo la angustia que sienten frente a la situación nueva.

4 de los 5 casos refieren haber sido separadas de sus bebés después del parto, ha sido el equipo de salud quien decide si las madres deben descansar y los bebés deben ser retirados de su lado para la rutina médica protocolaria, en casos como estos las madres pierden un momento de suma importancia “sus instintos naturales no pueden desarrollarse si está asustada, o si no ve a su bebé en el momento de dar a luz, o si sólo se le permite estar con él en los momentos que las autoridades consideran adecuados para que se lo alimente” (Winnicott, 1998, p. 106). Las experiencias de las madres participantes en la investigación durante su estancia hospitalaria en el parto y los relatos de sus historias

demuestran que las autoridades de los hospitales acercan a un niño a su madre solo para la alimentación, poniendo en manos de la madre esa única responsabilidad y no se toma en cuenta que el cuidado materno y la intimidad de la diada va más allá que el momento de la alimentación.

Los casos que se han tomado en cuenta para la disertación no aparentan ser madres con patologías y mucho menos son casos graves, se han encontrado en muchos de ellos rasgos de repulsa pasiva primaria en los cuales las madres en un primer momento no pueden incorporar la experiencia de tener un bebé a su vida y se quedan como en estado de parálisis frente a la maternidad “la repulsa pasiva primaria no está dirigida contra el niño como individuo, sino contra el hecho de haberlo tenido...se trata de una repulsa a la maternidad, de una repulsa sin objeto” (Spitz, 1965/1993, p. 159), es común por esta razón ver que en el primer contacto con el niño parecen ajenas a la situación, como si no entendieran lo que está pasando, suelen tener sentimientos de no poder creer aún que se han convertido en madres.

Durante el amamantamiento la madre se comporta como si su bebé fuera completamente ajeno a ella y ni siquiera se tratara de un ser viviente. Se retira del infante con el cuerpo, las manos y el rostro rígidos y tensos. Los pezones aunque no invertidos, no son salientes y el amamantamiento parece no provocar turgencia (Spitz, 1965/1993, p. 158).

El alejamiento o la repulsa de las madres frente a la nueva situación en los casos descritos dura apenas unos días y suele mejorar en el momento en que las madres deciden cambiar la lactancia por la mamadera. “Su reemplazo por la mamadera produce alivio, y a menudo ocurre que un bebé que tiene dificultades deja de experimentarlas cuando sustituye el pecho de la madre por un método más impersonal, es decir, la mamadera” (Winnicott, 1954, p. 1029), de esta forma, la alimentación pasa de ser un momento incómodo, doloroso y angustiante a un momento en el que las madres pueden acercarse a sus bebés y alimentarlo de una forma más relajada y satisfactoria.

Las relaciones de objeto, que satisfacen tanto a la madre como al hijo, son relaciones en las que opera un intercambio de fuerzas para completarse unas a otras de tal modo que no sólo dan satisfacción a ambas partes, sino que, el mismo hecho de que uno de los participantes obtenga satisfacción producirá también satisfacción en el otro (Spitz, 1965/1993, p. 154).

Las madres entrevistadas describieron los síntomas de sus niños frente a la lactancia como algo sumamente angustiante. El llanto y la irritabilidad de los bebés frente a la lactancia demostraban la incomodidad del niño y de la madre frente a ésta dinámica, sin embargo, una vez que la madre o el hijo demuestran tranquilidad frente a una mamadera, la dinámica entre ambos cambia. En el caso 1, por el contrario, una vez que la madre renuncia a sus intentos por forzar la lactancia y decide relajarse y aceptar su condición, es el niño el quien demostró acceso a ella y pudieron comenzar la lactancia. Los bebés demuestran alivio “a partir del reconocimiento de que el bebé experimenta alivio cuando se lo desteta de una madre ansiosa o deprimida” (Winnicott, 1954, p. 1029), basta que uno de los dos no se sienta bien con algo para que la relación deba modificarse.

Basta con que uno de los componentes de la diada –y que será la mayoría de las veces la madre- se encuentre en desarmonía con su medio. Su influencia modeladora hace inevitable que su propia discordancia se refleje en el desarrollo del infante y además se refleja, por decirlo así, como en un espejo de aumento (Spitz, 1965/1993, p. 155).

Las madres entrevistadas refirieron una molestia bastante grande frente a las críticas sociales que recibieron cuando decidieron parar la lactancia y alimentar a sus bebés de otra forma, éstas críticas afectan directamente ya que generan más angustia y culpabilidad, “si una madre quiere destetar a su hijo, a ella le corresponde saberlo y apetecerle; entonces, el niño lo sabe al mismo tiempo que ella y se acomoda al deseo de su madre” (Dolto, La causa de los niños, 1986, p. 207), la maternidad es una cuestión de las madres que habrá que respetar y de ninguna forma forzar para que se siga un protocolo, por supuesto que habrán situaciones ideales como alimentar a los bebés con exclusiva lactancia materna, sin embargo, las situaciones ideales serán las que presionan a las madres y terminen olvidando la importancia y la esencia de la lactancia. “Cuando no es posible amamantar a un bebé, existen muchas otras formas de intimidad física que él puede compartir con su madre” (Winnicott, 1998, p. 47). Se demuestra mediante las entrevistas que las madres angustiadas pueden acercarse más a sus bebés cuando deciden cambiar la lactancia por un método más impersonal y en el caso 1 fue paulatinamente que pudo acercarse a su bebé y establecer un proceso de lactancia en el momento en que decidió no presionarse por la lactancia y la angustia desapareció.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La inhibición de la lactancia es un síntoma protector para que no exista un estallido de angustia “Puede llamarse síntoma a toda inhibición que el yo se imponga, los síntomas tienen el propósito y también el resultado, de prevenir tales estallidos de angustia” (Freud, 1926,1979, p. 136), los síntomas al tener una función no pueden ser ignorados. La relación madre hijo en madres con exceso de angustia podría ser bastante tóxica si se intenta forzar establecer un proceso de lactancia sin saber en qué condiciones psicológicas se encuentra la madre. (Spitz, 1965/1993).

El mecanismo de defensa más utilizado por las madres que no han podido sostener un proceso de lactancia es la proyección, las mujeres han logrado proyectar en sus hijos sus propios deseos “defensas contra impulsos que el sujeto no puede tolerar como propios, y se libera de ellos adjudicándolos a otros; en este caso, tanto el contenido como el proceso de proyección son inconscientes” (Mirotti & Liendo , 2008, pp. 31-32), gracias a ello las mujeres se identifican con sus hijos y pueden sentir que de alguna manera las entienden o sienten lo mismo que ellas cuando se trata de la lactancia. En la mayoría de los casos se puede notar que se sienten respaldadas frente a las reacciones de sus bebés. El malestar del niño, el vómito, el llanto, las defecaciones extrañas, etc., son justificativos y ayudan a la madre a sentirse seguras con la decisión que han tomado de *parar la lactancia*. El niño hace suyo el deseo de la madre mediante las proyecciones de ella, es entonces, sí, una decisión del niño que parte de la incapacidad materna de dar de lactar.

En los casos presentados en la investigación se pueden evidenciar rasgos de repulsa pasiva primaria en los cuales las madres en un primer momento no pueden incorporar la experiencia de tener un bebé a su vida y se quedan como en estado de parálisis frente a la maternidad “la repulsa pasiva primaria no está dirigida contra el niño como individuo, sino contra el hecho de haberlo tenido...se trata de una repulsa a la maternidad, de una repulsa sin objeto” (Spitz, 1965/1993, p. 159). La lactancia es en sí uno de los elementos que definen a la maternidad, por tanto, el rechazo a la misma podría ser una manifestación de esta repulsa pasiva primaria de la cual habla Spitz.

Puede notarse que 3 de los 5 casos presentados daban cuenta de mujeres casadas que planificaron tener hijos, hicieron las cosas en *orden* (primero ser profesionales, formar un hogar y después la llegada de los hijos), a percepción de la autora, éstas madres deseaban que las cosas salgan *perfectas*, como un intento de negar la falta. (Lacan, 1962-1963/ 2007). El niño, el hijo viene a dar cuenta de la falta de perfección y por lo tanto ubica a esta mujer de cara a la falta, lo cual incrementa los montos de angustia. Por otro lado la presencia física de un niño demuestra que el niño de la realidad no es el mismo que el hijo que los padres habían imaginado, enfrenta a la mujer frente al sujeto-niño.

Después del desarrollo del presente trabajo se advierten las molestias que sufren las madres frente a los comentarios desvalorizadores de la sociedad, en especial frente al equipo médico que, al no estar capacitado para ayudar a las madres a sostener un proceso de lactancia ni tener el tino para decir algo sobre ellas terminan angustiándolas más. Por ejemplo en el caso 1, la madre refiere haber recibido de parte del equipo médico comentarios que afectaron su manera de percibirse como madre, escuchar que una enfermera se refiera a sus senos como incapaces de alimentar a su hijo fue devastador para ella, sintió que no iba a poder lograr amamantar a su bebé y que ella había hecho algo mal, se angustió aún más de lo que estaba antes de recibir los comentarios devastadores y terminó por delegar esa tarea a una persona que *sepa* más que ella.

Cada diada madre-hijo es única, algunas madres se demoran más en sincronizarse con sus hijos que otras, Este proceso mediante el cual el niño se familiariza con el seno de su madre y la madre entiende la manera de llorar de su bebé no puede estandarizarse. Algunas madres necesitarán más tiempo para poder acoplarse a los nuevos roles que exige la maternidad y esperar que su angustia disminuya para poder acercarse de manera íntima con sus hijos. Por ello, bajo ningún motivo debe buscarse culpabilizar a las madres por sus respuestas frente a su angustia, muy por el contrario es importante dejar que ellas puedan expresar todas sus dudas acerca de la maternidad y que encuentren la forma que a ellas les parezca mejor de relacionarse con sus hijos, intentar no estereotipar las actitudes o cuidados que una *buena madre* debe tener para poder *estar bien* puesto que los manuales o los modelos no servirían sino para angustiar más a las madres.

Brindar espacios de escucha y contención puede ser de gran ayuda para las madres ya que esto permitiría elaborar sus motivaciones inconscientes y tramitar de alguna manera *sana* aquello que puede estar entorpeciendo el logro de una lactancia saludable para ella y su hijo. En el Ecuador existen algunos grupos de apoyo que ayudan a las madres a sostener un proceso de lactancia *adecuado*, será muy oportuno referir o recomendar a aquellas madres que no han podido amamantar a sus hijos a un especialista en el área psicológica que propicien a las madres espacios seguros, libres de críticas y donde ellas se sientan acogidas para que puedan expresar lo que están viviendo.

Para las mujeres participantes en la investigación ha sido de vital importancia contar con una figura de apoyo o confianza en quienes puedan depositar sus miedos, preocupaciones y a la vez hacerse cargo de las demandas de sus bebés; cambiar pañales, hacerlos dormir, bañarlos, etc. De esta manera las madres pueden sentirse respaldadas de otro que afirme sus decisiones, que respalde sus acciones; en algunas ocasiones las madres referían haberse unido a grupos virtuales de apoyo en donde podían aliviar su angustia leyendo o escuchando casos parecidos a los de ellas, saber que no eran las únicas a las que les afectaba un tema tan delicado como éste les hacía pensar que no estaban haciendo las cosas *mal*, las realidades similares las hacen sentirse más seguras y como consecuencia una disminución notable de angustia (Aulagnier, 1980).

BIBLIOGRAFÍA

- Aulagnier, P. (1980). *El sentido perdido*. Buenos Aires: Trieb.
- Chemama, R., & Vandermersch, B. (2010). *Diccionario del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Dolto, F. (1984). *Seminario de psicoanálisis de niños 1*. México: Siglo veintiuno.
- Dolto, F. (1986). *La causa de los niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Dolto, F. (1986). La noción de castración simbolígena. In F. Dolto, *La imagen inconsciente del cuerpo* (pp. 65-75). Barcelona: Paidós.
- Erikson, E. (1968). La lactancia y el reconocimiento mutuo . In E. Erikson, *Identidad, juventud y crisis* (pp. 83-92). Buenos Aires: Paidós .
- Fernandez Colado, C., & Baptista Lucio , P. (2014). *Metodología de la investigación* . Mexico : Mc Graw Hill Education.
- Flesler, A. (2007). El niño en análisis . En A. Flesler, *El niño en análisis y el lugar de los padres* (págs. 17-42). Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1919/1979). Lo Ominoso 1919. In S. Freud, *Volumen XVII - «De la historia de una neurosis infantil» (Caso del «Hombre de los lobos»)*, y otras obras (1917-1919) (pp. 217-251). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926,1979). Inhibición, síntoma y angustia (1926 [1925]). In S. Freud, *Volumen XX - Presentación autobiográfica, Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis?, y otras obras (1925-1926)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1932-1936/1976). 32 Conferencia. Angustia y vida pulsional. In S. Freud, *Volumen XXII, Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras*. (pp. 75-103). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1932-1936/1979). 25 Conferencia. La angustia. In S. Freud, *Volumen XXII - Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, y otras obras (1932-1936)* (pp. 356-374). Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (1962-1963/ 2007). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 10. La Angustia 1962-1963*. Buenos Aires: Paidós.
- Mirotti, M. A., & Liendo , P. A. (2008). *Introducción a las técnicas proyectivas*. Cordoba: Brujas.
- Planificación, C. N. (2009-2013). *Plan nacional para el buen vivir*. Obtenido de [http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir_\(version_resumida_en_espanol\).pdf](http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir_(version_resumida_en_espanol).pdf)
- Spitz, R. (1965/1993). *El primer año de vida del niño*. Madrid: Fondo de cultura económica.

- Winnicott, D. (1931). Nota sobre la normalidad y la angustia (1931). In D. Winnicott, *Obras completas* (pp. 1246-1260). Buenos Aires: Psikolibro.
- Winnicott, D. (1947). Nuevas reflexiones sobre los bebés como personas -1947. In D. Winnicott, *Obras Completas* (pp. 338-342). Buenos Aires: Psikolibro.
- Winnicott, D. (1948). Necesidades ambientales; primeras etapas; dependencia total e independencia esencial (1948). In D. Winnicott, *Obras Completas* (pp. 590-593). Buenos Aires: Psikolibro.
- Winnicott, D. (1951). Las necesidades del niño y el papel de la madre en las primeras etapas (1951). In D. Winnicott, *Obras Completas* (p. 6). Buenos Aires: Psikolibro.
- Winnicott, D. (1952). La angustia asociada con la inseguridad -1952-. In D. Winnicott, *Obras Completas* (pp. 1-4). Buenos Aires: Psikolibro.
- Winnicott, D. (1954). La lactancia natural -1954-. In D. Winnicott, *Obras completas* (pp. 1027-1031). Buenos Aires: Psikolibro.
- Winnicott, D. (1956). Preocupación maternal primaria -1956-. In D. Winnicott, *Obras Completas* (p. 5). Buenos Aires: Psikolibro.
- Winnicott, D. (1960). Nota sobre la relación entre la madre y el feto, 1960. In D. Winnicott, *Obras Completas* (pp. 1-3). Buenos Aires: Psikolibro.
- Winnicott, D. (1967). Influencia del desarrollo emocional en los problemas alimentarios -1967-. In D. Winnicott, *Obras completas* (pp. 618-619). Buenos Aires: Psikolibro.
- Winnicott, D. (1998). *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (s.f). La lactancia natural -Revisado en 1954-. In D. Winnicott, *Obras Completas* (pp. 1027-1031). Buenos Aires: Psikolibro.

ANEXOS

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a madres que han vivenciado rechazo a la lactancia de parte de sus bebés durante los 8 primeros meses de vida de ellos.

PARTE I: Información Introducción

Yo Natalia Vizcaíno U, estudiante en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Estoy investigando acerca de la relación que tiene la angustia materna con el rechazo que presentan algunos bebés a la lactancia, este es un tema poco común en el país, sin embargo parece que está en aumento.

Voy a proporcionarle información para invitarle a participar de esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómoda acerca de la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, le pido que se tome el tiempo para aclarar todas las dudas que se le presenten, puede hacerme saber si algo no está claro con el fin de que usted conozca la investigación de la que formará parte.

Propósito

La angustia es uno de los afectos más comunes que sufren las madres después de dar a luz o incluso durante el embarazo, éste afecto se manifiesta de diversas maneras fisiológicas y debido a diversos factores asociados a la vida personal y la circunstancia de cada mujer. En la actualidad se ha visto que existen muchos niños que, durante sus primeros meses de vida rechazan la lactancia aparentemente sin ninguna razón. El averiguar la relación que tiene la angustia materna con el posterior rechazo a la lactancia de parte de los niños es la razón por la cual se hace este estudio.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación incluirá una entrevista que durará alrededor de 90, la cual servirá para recabar la información necesaria y pertinente del estudio. El lugar de los encuentros será acordado entre el participante y el investigador favoreciendo siempre la comodidad del participante.

Selección de participantes

Se invita a todas las madres que han presentado dificultades para dar de lactar a sus bebés durante los primeros ocho meses de vida de los mismos.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Procedimientos y Protocolo

Durante la investigación se realizará un encuentro con el investigador.

- La entrevista tendrá una duración aproximada de 90 minutos, consistirá en una serie de preguntas abiertas, las cuales serán filmadas, estas preguntas pueden ser respondidas o no, dependiendo de cómo se sienta con la entrevista y de los datos que puede proporcionar a la investigación. Si en algún momento se siente invadida o cree que esa información es muy personal, puede hacerlo saber al investigador y solamente responder las partes con las que se sienta cómoda.

Duración

- La investigación durará 9 meses. Durante ese tiempo, será necesario que se agende un encuentro con el investigador en el lugar que a usted le convenga (durante 90 min aproximadamente). En el caso de que algo no quede claro o sea necesario más información, el investigador le hará saber y será usted quien decida si desea proporcionar más información o aclarar la que ya ha dado.

Efectos Secundarios

- Esta investigación no presenta efectos secundarios ni riesgo para ningún participante.

Incentivos

Le daremos las facilidades de transporte para los encuentros con el investigador ya sea pagando el transporte o yendo al lugar en el que usted se encuentre para realizar las entrevistas. Usted leerá los resultados de la investigación antes de que ésta sea presentada a las autoridades y directivos de la PUCE.

Confidencialidad

La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre real. Solo los investigadores sabrán cuál es su nombre ficticio y se mantendrá la información encerrada en cabina con llave. No será compartida ni entregada a nadie excepto al investigador principal (Natalia Vizcaíno)

Compartiendo los Resultados

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. Después de que usted conozca los resultados, estos se publicaran para que personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectara en ninguna forma. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee.

Usted no tiene por qué formar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

A Quién Contactar

Si tiene alguna pregunta puede hacerla ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar:

Natalia Vizcaíno

Investigadora

0984962161

natyisv@hotmail.com

Cristina Orbe N.

Especialista en el tema y directora de la investigación

0996174922

Corbe143@puce.edu.ec

PARTE II: Formulario de Consentimiento

Yo..... Con CI..... he sido invitada a participar en la investigación acerca de la relación que tiene la angustia materna con el rechazo del bebé a la lactancia. Entiendo que tendré una entrevista de 90 minutos aproximadamente, tal entrevista será filmada únicamente para fines académicos y será completamente confidencial. Sé que de esta entrevista no recibiré ningún beneficio más que el transporte para el encuentro con el investigador y ser lector de ésta investigación antes de que sea publicada. Se me ha proporcionado el nombre de la investigadora y de la directora que pueden ser fácilmente contactadas usando el nombre y la dirección que se me ha dado de dichas personas.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he

realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera. Nombre del Participante_____

Firma del Participante _____ Fecha _____

Día/mes/año

FORMATO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Nombre de la entrevistada:

Edad:

Estado civil:

Teléfono:

Correo electrónico:

1. ¿Cuál fue su primera reacción cuando supo que quedó embarazada y cuando vio por primera vez a su hijo?
2. Recuerda usted la primera vez que dio de lactar a su hijo, podría contarme cómo fue
3. ¿Cómo se siente cuando sostiene a su niño?
4. ¿Cómo es la reacción de su bebé frente a que usted le ofrezca el seno para la lactancia?
5. ¿Siente que al acercarse a su hijo su corazón late más rápido, se pone tensa o su respiración se hace más fuerte?
6. ¿Cómo fue el rechazo de su bebé a la lactancia?
7. ¿Siente usted que sus pezones están hundidos o escondidos al momento de dar de lactar a su hijo?
8. ¿Cómo se siente usted cuando su hijo demanda su presencia?
9. Cuando su hijo llora ¿le es fácil a usted identificar las razones por las que lo hace?, cuénteme un poco más sobre esto
10. ¿Utiliza chupones cuando quiere calmar el llanto de su hijo?
11. ¿Se siente más cómoda si es que delega a una persona de confianza tareas como la alimentación, el baño y el cambio de pañal de su bebé?
12. ¿Cómo se siente usted cuando atiende a su hijo en las siguientes circunstancias:
 - Cuando debe bañarlo:
 - Cuando le va a cortar las uñas:
 - Cuando es hora de alimentarlo y sacarle los gases:
 - Cuando es hora de comer:
13. Ha sentido usted en algún momento que podría estar haciendo algo mal cuando de cuidar a su hijo se trata
14. ¿Presentó su bebé vómito al momento de darle de lactar, cual fue su reacción frente a ello?
15. ¿Alguna vez su bebé tuvo cólicos después de la lactancia, cuénteme qué hizo y cómo se sentía usted en ese momento?
16. ¿Notó presencia de diarrea después de la lactancia?
17. ¿Cómo fue su relación con el papá del niño/a durante el embarazo y al momento en que su hijo nació?

ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan cuadros comparativos con las respuestas de cada una de las madres frente a las preguntas propuestas en la entrevista semiestructurada, las frases han sido tomadas literalmente con lo que cada una de las entrevistadas refería. A partir de estos cuadros se sacan los apartados 3.2.2 y 3.3 de la presente disertación.

CASO	Datos generales
1	Edad: 24 Estado civil: Soltera Sexo del bebé: Hombre
2	Edad: 21 Estado civil: Casada Sexo del bebé: Mujer
3	Edad: 33 Estado civil: Casada Sexo del bebé: Mujer
4	Edad: 30 Estado civil: Casada Sexo del bebé: Mujer
5	Edad: 30 Estado civil: Casada Sexo del bebé: Mujer

CASO	PREGUNTA 1: ¿Cuál fue su primera reacción cuando supo que quedó embarazada y cuando vio por primera vez a su hijo?
1	<p>Cuando me enteré tenía 3 meses de gestación, estaba bastante confundida, sin embargo, mantuve la calma y me quede como si no pasaría nada. Después de contarles a mis papás fue que me di cuenta de lo que se venía y ahí a pesar de sentirme más tranquila porque pude decirles, tuve mucho miedo. Yo estaba sola, el papá de mi hijo ni siquiera me llamaba para saber cómo estaba.</p> <p>Cuando le vi a mi hijo por primera vez fue horrible porque cuando nació se lo llevaron y me lo pasaron tres horas después y comenzaron a presionarme para que le de de lactar, mi hijo no paraba de llorar y todos los que estaban en el cuarto solo me miraban esperando que yo le de el seno y no podía, las enfermeras miraban mis senos y me hacían malas caras, creo que fue una experiencia muy dura y dolorosa para mí. A la final terminaron las enfermeras dándole fórmula porque yo no lo logré.</p>
2	<p>Comencé a sospechar que estaba embarazada cuando no me bajaba el mes, entonces empecé a buscar en internet sobre los síntomas y vi que uno de los principales es que se te ponen los pezones como en forma de flor y yo vi que los míos estaban raros. Ese rato le dije a mi esposo, que en ese tiempo era mi novio y me hice una prueba de orina pero me salió negativa, cuando ya otra</p>

	<p>semana no me bajo entonces me hice la de sangre y salió positiva.</p> <p>Yo cuando vi eso sentí como un balde de agua fría encima, me sentí súper mal y pensé que me iba a arruinar la vida y que era lo peor que podía pasarme. Mi esposo me tranquilizó bastante, y me dijo que teníamos que decirles a nuestros papás para saber qué hacer, después de ese día fue horrible, yo estaba muy angustiada y pensativa, no sabía qué hacer. Primero le contamos a mi mamá, ella me dijo que no es la edad para tener un hijo, que pensaba que yo iba a ser madre en otras circunstancias y me hizo pensar mucho cuál era la decisión más correcta, yo creí que lo mejor era abortar y se me venían esos pensamientos feos de no querer tener a mi bebé. Después cuando hablamos con mi suegra ella me llevó a hacerme un eco, yo en ese momento no creía aún que estaba embarazada, yo como que no lo asimilaba bien. Después cuando en el eco vi su corazoncito como latía, eso me cambió la vida, yo ahí decidí que iba a tener a mi bebé y que no tenía la potestad de quitarle la vida a alguien que no tiene la culpa de nada, se me fueron las ideas locas que tenía y supe también que un aborto trae consecuencias para toda la vida.</p> <p>El embarazo después de que ya les contamos a nuestros papás fue lindo, sentimos el apoyo de todos, nos casamos y sus papas nos dieron un departamento en el que vivimos ahora.</p> <p>Yo ese rato que me pasaron a mi hija tenía mucho sueño y estaba cansada, solo recuerdo que me dolió cuando cogió el seno y que yo quería dormir.</p>
3	<p>Éramos recién casados, yo me cuidaba fijándome en mi periodo, pero cuando me casé andaba muy estresada por problemas en el trabajo entonces andaba como descuidada de eso, mi esposo y yo sí queríamos tener hijos pero no esperaba embarazarme en ese momento.</p> <p>Me olvidé de mi periodo hasta que mi esposo que estaba pendiente de eso me preguntó y como tenía un retraso como de dos semanas compré una prueba de embarazo, yo no creía que podía estar embarazada y cuando vi la respuesta positiva pensé que estaba dañada la prueba y que no podía ser cierto. Me olvidé de esa cosa y seguí con mi vida normal. Mi esposo seguía insistiendo hasta que me hice la de sangre y ahí sí que me di cuenta que estaba embarazada.</p> <p>Mi embarazo fue feo porque tenía muchos problemas en el trabajo y no me daba cuenta de lo que estaba viviendo, o sea, físicamente fue bueno porque no tuve estragos ni síntomas y ni siquiera le sentía a mi bebé hasta el sexto mes. Comencé a sentir que estaba embarazada en ese momento además porque las personas se dieron cuenta y me preguntaban.</p> <p>No disfruté mucho de mi embarazo, casi que ni me di cuenta.</p> <p>El día que mi bebé nació no fue como yo había pensado que iba a ser. Mi esposo y yo queríamos un parto humanizado, en agua, los tres juntos pero yo ese día sentía tanto, tanto dolor que los médicos se dieron cuenta que la cabeza de mi gorda era muy grande y yo demasiado pequeña entonces me hicieron una cesárea.</p> <p>Me moría del miedo porque odio las inyecciones y por eso no quería parto normal, yo tenía terror a la cesárea, no quería ver las agujas. Me angustié más cuando tuvimos que entrar al quirófano y mi esposo tuvo que ir a cambiarse la</p>

	<p>ropa, me quedé solita y eso fue lo peor, intenté pensar solo en el bienestar de mi hija. Fue la primera vez que no pensé en mí sino en ella, para que ella nazca y esté tranquila.</p> <p>Me dormí y cuando desperté le vi a mi esposo con algo en los brazos y no podía creer que eso era mi hija, en el hospital que tuvimos a nuestra hija tienen la política de no separar a los bebés de los padres después del parto, entonces yo medio <i>ida</i> por la anestesia vi a mi hija y me la pusieron para que coma. A mí me dolía todo el cuerpo, hasta las uñas parecía que me dolían. Le veía a mi hija y no creía que fuera mía y como me dolía tanto entonces solo lloraba.</p>
4	<p>Mi esposo y yo ya queríamos tener hijos, estábamos intentando por algún tiempo, fuimos a doctores para que nivelen mis hormonas y ciclos menstruales y yo pueda embarazarme entonces era algo que buscábamos.</p> <p>El doctor me recomendó reposo durante mi embarazo ya que era de alto riesgo entonces tuve muchísimo tiempo para prepararme, leí todos los libros posibles acerca de lactancia, me pareció lo más hermoso del mundo y lo más natural y bello que podía dar una mujer a su bebé.</p> <p>La noticia del embarazo fue una bomba, todos estábamos felices, mi familia y la de él se entusiasmaron mucho y no esperaron para comprarle cositas y estaban muy pendientes de todo.</p> <p>El parto fue programado, yo no quería parto normal a sí que arreglamos con mi doctor para quedar en un día y bueno, creo que eso no fue muy ético porque mi médico se iba de vacaciones y justo llegó cuando yo estaba pasando la semana 40 de gestación. Me entraron al quirófano y yo no sé qué paso pero me desperté a la mitad de la cesárea y me pusieron en ese momento más anestesia.</p> <p>Me desperté de la anestesia como tres horas después de que mi hija nació, y los médicos ya le habían dado formula porque no podían esperar hasta que yo reaccione de la anestesia.</p> <p>Cuando vi a Valeria por primera vez yo estaba como dormida, no recuerdo bien ese momento, todavía seguía medio tonta de la anestesia, el recuerdo que tengo es que me la pusieron en el pecho izquierdo y se quedó como una hora ahí, cuando mi esposo la retiró yo tenía el pezón lastimado.</p>
5	<p>Yo tengo un hijo ya de 8 años y con mi esposo estábamos buscando desde hace mucho tiempo poder tener otro. De repente logré quedar embarazada y llegué a tener tres meses cuando perdí a mi bebé en un aborto espontáneo. Esto fue terrible además porque le habíamos dado la noticia a mi hijo y él estaba ilusionado con la idea de un hermano.</p> <p>No tardé mucho tiempo en quedar embarazada de nuevo pero esta vez a pesar de que si estaba feliz tenía mucho miedo de volver a perder el bebé a si que evité emocionarme mucho, quería ir al médico a cada rato para saber si todo estaba bien y solo pensar que podía perder a mi hijo me dejaba intranquila.</p> <p>Estaba demasiado ansiosa, si es que no sentía a mi bebé me iba enseguida al médico. En realidad mi bebé casi no se movía en el embarazo, no era como mi primer hijo.</p> <p>Cuando mi hija nació y la escuché llorar y sentí su respiración mi preocupación bajó muchísimo, aunque yo seguía pensando que algo malo podía pasar, no sé</p>

	por qué tenía ese pensamiento, sentía que tenía en brazos una responsabilidad muy grande.
--	---

CASO	PREGUNTA 2: Recuerda usted la primera vez que dio de lactar a su hijo, podría contarme cómo fue
1	<p>Ernesto no lactó sino hasta que cumplió dos meses. Yo había intentado cada día darle el seno y nunca cogía, veía videos en internet de cómo hacerlo y me metí en muchas páginas de internet para saber si era normal pero no sé qué pasaba con él que no podía cogerme el seno. Mi mamá me decía todo el tiempo que lo intente pero de verdad era horrible, Ernesto lloraba siempre que le acercaba mi pecho.</p> <p>Cuando ya iba a rendirme y darle fórmula para siempre me recomendaron ir a un pediatra experto en estos casos, entonces fui y me aconsejó usar un chaleco que sostenía mis senos (enseña la forma del chaleco y cómo funcionaba), entonces me lo puse y dije: ya, si esto no funciona no intento más y le doy fórmula. Entonces acerqué a Ernesto a mi seno derecho y nada, él solo lloraba, fueron como 15 minutos intentando y no cogió a si que me saqué el chaleco y con lágrimas en los ojos dije ya nada, le doy fórmula. Me quedé con el pecho desnudo, en la cama, decidida a darle fórmula y solo le quedé viendo a mi hijo, le acaricié la cabeza y no sé qué pasó que comenzó a lactar y fue hermoso porque desde ahí no ha soltado el seno.</p>
2	<p>Cuando vi por primera vez a mi nena era muy temprano, como las 6 de la mañana, el doctor me la pasó y me dijo que acerque mi pecho a la bebé y ella como que sintió el pezón y comenzó a comer. Yo ese rato tenía mucho sueño y estaba casada, desde el primer día me dolió mucho cuando cogió mi seno pero yo pensaba que ya con el tiempo ese dolor iba a pasar.</p>
3	<p>La primera vez fue cuando me la pasaron, una enfermera se acercó a ver cómo iba y se dio cuenta que mis pezones estaban metidos, me dijo que no tenía pezón y que así no iba a poder darle de lactar a mi bebé y ese comentario fue devastador. Esa misma enfermera vino con una jeringuilla y me sacó los pezones para que pueda coger mi hija.</p> <p>Solo recuerdo que ella ya estaba en mi seno, y no se quitó de ahí, le puso la enfermera en mi seno, yo estaba en otras, yo pensé que la lactancia era muy fácil, lo ves en todas partes, pero no fue así, la enfermera tuvo que hacer todo y yo no podía hacer nada, no podía ni siquiera moverme, estaba cansada, me dolía todo y estaba preocupada más por mi dolor que por mi hija.</p>
4	<p>Yo estaba como dormida, no recuerdo bien ese momento, todavía seguía medio tonta de la anestesia, el recuerdo que tengo es que me la pusieron en el pecho izquierdo y se quedó como una hora ahí, cuando mi esposo la retiró yo tenía el pezón lastimado. Yo había leído varias veces sobre el tema y sabía que esas cosas pasan, que los primeros días son complicados y que dolía a sí que no me preocupé.</p> <p>Con el pasar de los días el dolor no me pasaba, me dolía como cuando tienes un cortado y tienes que desinfectarte y tu quieres quitar el dedo pero sabes que</p>

	<p>tienes que limpiar la herida, entonces te limpias lo más rápido que puedes para no tocarte más, cada vez que tenía que darle de comer a mi hija lo único que quería era retirar mi seno porque me ardía. Es angustiosísimo porque es irte en contra de lo que te provoca hacer, lo que yo quería hacer era retirar mi seno.</p> <p>Busqué grupos de ayuda y asesoría porque sabía que algo andaba mal, uno de ellos me dejó la esperanza de disfrutar de la lactancia, aquella vez una de las muchachas que asesoraban abrió la boca de mi hija y le metió mi seno hasta el fondo la Vale cogió todo el seno y comenzó a lactar bien, esa fue la única y exclusiva vez que ella lactó chupando todo el seno, comencé a llorar al sentir que mi hija comía, yo estaba acostumbrada a un dolor horrible y esa vez no me dolió, sentía como cosquillas.</p> <p>Cuando llegué a mi casa estaba súper animada de poner en práctica los consejos que recibí en el grupo de apoyo, pero no lo pude hacer, mi hija se retiraba, se hacía para atrás, a mí me volvió a doler todo y fue frustrante de nuevo. La lactancia me resultó insoportablemente dolorosa, pude alimentar a mi hija solo extrayendo mi leche y dándosela en un biberón durante sus primeras semanas de vida.</p> <p>Tenía los pezones destruidos, tuve que ir al hospital para que me cosan unos puntos y que se me cicatricen las heridas. Yo estaba convencida de que algo estaba mal y que no debía ser así, ambas sufríamos demasiado y mi esposo también viendo que las cosas estaban mal.</p>
5	<p>Con mi primer hijo lo que más miedo me daba es que no coma bien, como con la lactancia no se sabe cuánto come el bebé a mí me daba miedo entonces me sacaba la leche y le daba en un biberón. Con mi segunda hija fue diferente, yo ya sabía cómo funcionaba, cuando le di de lactar sentí mucha conexión con ella, además yo ya había decidido que iba a ser una lactancia exclusiva, no como con mi primer hijo.</p> <p>Yo dejé de trabajar para dedicarme solo a mis hijos pero al poco tiempo la nena comenzó a presentar llanto muy frecuente al momento de la alimentación.</p>

CASO	PREGUNTA 3: ¿Cómo se siente cuando sostiene a su niño?
1	Los primeros días fueron súper feos, yo no sabía ni como cogerle, conmigo lloraba mucho, mi mamá me enseñó como cargarle pero al comienzo tenía miedo porque parecía que cualquier cosa le podía pasar.
2	Yo siento que es un momento único y bonito para las dos, al principio yo me sentía como lejos, era como que no podía creer que esa niña era mía, pero después ya me fui acostumbrando y sentir el apoyo de mi esposo siempre fue lo que me hizo quedarme tranquila.
3	Yo sentía mucho dolor, no podía ni cargarle porque me dolía todo el cuerpo, la lactancia me destrozó los senos, no tenía piel alrededor, perdí la mitad de mi seno derecho y la cuarta parte del izquierdo, me quejaba mucho de dolor y de verdad no podía levantarme de mi cama para cogerle a mi hija.
4	Siempre me sentí bien haciéndome cargo del cuidado de mi hija, al comienzo si

	estaba medio adolorida de la cesárea y mi esposo siempre le cargaba pero de ahí siempre me he sentido bien.
5	Yo me sentía nerviosa porque no sabía qué le pasaba a mi hija, lloraba mucho y solo quería estar cargada por mí, no le podía dejar ni un segundo sola porque lloraba. Por ejemplo a veces le hacía dormir y si le ponía en la cuna enseguida se despertaba y lloraba tanto que tenía que pasar con ella. No me sentía nada bien porque no se calmaba con nada y la hora de comer era la peor, era cuando más lloraba y yo sabía que no estaba bien mi hija.

CASO	PREGUNTA 4: ¿Cómo es la reacción de su bebé frente a que usted le ofrezca el seno para la lactancia?
1	Al principio ni siquiera cogía, solo lloraba, yo le acercaba a mi seno y lloraba y como que se hacía para atrás pero nunca cogió. Ya después de los dos meses cuando ya pudo comer del seno nunca más se separó, hasta ahora pasa prendido en mi pecho.
2	<p>Mi bebé tomó el seno con normalidad hasta los 3 meses de nacida, pero después yo ya tenía que salir a hacer cosas y no me gustaba tener que darle el seno en la calle o en los bancos y esas cosas, entonces me llevaba un biberón con fórmula cuando tenía que salir. Yo le daba el seno cuando estaba en la casa y cuando estaba ocupada le hacía la fórmula para que alguien le de.</p> <p>Mi nena se comenzó a dar cuenta que es más fácil tomar de la teta que de mi seno y sabía que era más fácil, cuando a veces le quería dar del seno renegaba, ya no quería hacer esfuerzo con el seno y yo para evitar que llore le daba la teta y se calmaba, para ella era más fácil.</p> <p>Yo sentía que mi hija me rechazaba cuando le daba el seno, además de que lloraba mucho y yo me desesperaba, por eso ya como a los 4 meses de mi bebé dejé de darle y así mi esposo también podía darle de comer o cualquier persona porque ya no hacía falta que yo esté ahí y mi nena comía bien.</p>
3	<p>Mi hija siempre cogía bien y comía pero yo era la que más sufría, lloré cada vez que le di de lactar, yo le decía a mi esposo que me dolía mucho pero él no se daba cuenta de lo mucho que yo estaba sufriendo, estaba presionada por él porque me decía que eso era lo único que yo debía hacer ya que él se estaba encargando de todo. Yo miraba mis pezones y cada vez estaban más destruidos, yo soy fumadora, solo quería un tabaco, una cerveza y en la lactancia eso es imposible, cuando era la hora y le veía a mi esposo y me decía te toca, tienes que darle, para mí era la peor hora del día. Parecía como si le estaba rechazando a mi hija, pero no era eso, solo no quería darle de lactar.</p> <p>Mi hija no protestaba ni lloraba ni nada, después de un tiempo se le comenzó a llenar la cara de granitos, comía y enseguida tenía más granitos en la cara.</p> <p>Pasaron 17 días así, tuvimos que asistir a un control con el médico y mi hija estaba bien, de repente el doctor preguntó ¿Cómo vas con la lactancia? Y me eché a llorar, no pude aguantar la presión. Le conté que no soportaba ni siquiera la ropa, que no podía cargar a mi hija y que mi nena coge los pezones</p>

	<p>desesperadamente. Ella me miró y se sorprendió de lo mal que estaba, me aconsejó parar la lactancia porque había perdido mis pezones casi por completo.</p> <p>Cuando ya íbamos a salir de la consulta, la doctora creo que se dio cuenta lo mal que estaba y nos regaló un tarro de fórmula, para mí fue el alivio más grande, la palabra mágica, mi esposo al salir de ahí me pidió disculpas, me pidió disculpas por no saber escuchar el dolor que yo sentía.</p>
4	Mi hija se ponía inquieta y lloraba mucho, además de que le salieron esos granitos por toda la cara y una vez hizo caca como con sangre.
5	Cuando le daba de comer lloraba mucho y no se calmaba con nada, el médico me recomendó que cambie mi dieta ya que algo de lo que yo comía parecía estarle haciendo daño. Yo intenté de todo, pasé dos meses probando cosas y nada resultaba. Mi bebé lloraba tanto que se le formó una hernia en el estómago producto del esfuerzo que hacía al llorar y tuvieron que operarle teniendo solo dos meses de nacida.

CASO	PREGUNTA 5: ¿Siente que al acercarse a su hijo su corazón late más rápido, se pone tensa o su respiración se hace más fuerte?
1	Cuando le intentaba dar de comer me ponía nerviosa, ya lloraba, por ejemplo en las noches y yo también me ponía a llorar porque no sabía cómo darle y le quería dar el seno pero siempre terminaba dándole al fórmula y ese momento sí me latía muy rápido el corazón y como que era el momento más estresante, ya después cuando lloraba solo le daba la fórmula para que no siga llorando porque de verdad era horrible.
2	Me siento bien. (Se mostró apática y cortante en ésta pregunta). Solo me sentí así cuando me enteré de la noticia del embarazo.
3	Yo lloraba cada vez que tenía que cogerle a mi hija, no podía soportar el dolor que sentía, la piel se me erizaba. Cuando mi esposo me decía: te toca era lo peor, sentía el dolor anticipado y enseguida me salían las lágrimas.
4	Mientras le daba de lactar o me sacaba la leche contaba los segundos y miraba el techo hasta que se acabe esa tortura, me ponía siempre tensa y sí creo que sentía justo eso. Mi corazón latía más rápido, estaba tensa y mi respiración seguro que estaba alterada.
5	Me angustiaba mucho no saber qué le pasaba a mi hija, me sentía como cuando te van a asaltar, así como que te late el corazón rapidísimo, como que no puedo respirar bien, sentía que me ponía pálida y veía como una nube. Tuve depresión y bajé 45 libras por el asunto de mi hija.

CASO	PREGUNTA 6: ¿Cómo fue el rechazo de su bebé a la lactancia?
1	Ernesto no lactó al comienzo de su vida, presentó su rechazo llorando desde el primer día y no fue sino dos meses después que pudo lactar por primera vez.
2	Lloraba mucho, al punto que no había forma de darle, yo pienso que no le gustaba mi leche, una vez yo probé y tampoco me gustó como sabía y la fórmula si sabe mejor. Creo que tampoco le gustaba hacer esfuerzo porque cuando lactaba se notaba que se esforzaba, en cambio con la fórmula es más fácil.
3	Solo lactó los 17 primeros días y los últimos le comenzaron a salir granitos en la cara pero no se notaban mucho, a veces también lloraba, como que se daba cuenta de que a mí me dolía y no se sentía cómoda pero yo le ponía mejor y era como que no se daba cuenta.
4	Cada vez tenía la cara más llena de granitos y la caca como con sangre, lloraba mucho y era un momento muy feo para las dos.
5	Mi bebé lloraba tanto que se le formó una hernia en el estómago producto del esfuerzo que hacía al llorar y tuvieron que operarle teniendo solo dos meses de nacida, sus defecaciones tampoco eran normales, en ocasiones sangraba.

CASO	PREGUNTA 7: ¿Siente usted que sus pezones están hundidos o escondidos al momento de dar de lactar a su hijo?
1	La enfermera cuando me trajo a Ernesto el primer día, me dijo, uyyy, es que tiene el pezón metido, así no le va a poder dar. ¿Cómo quiere que su hijo coja el seno si es que está metido su pezón para adentro?.
2	No aplica ésta pregunta.
3	La enfermera me dijo que no tenía pezón, que así no podía darle de lactar a mi bebé y eso fue devastador para mí. La enfermera trajo una jeringuilla y me sacó los dos pezones, después de eso se suponía que ya los tenía afuera pero yo creo que no. Mis pezones se destruyeron.
4	Yo supongo que sí mis pezones eran bastante sensibles y pequeños y por eso me dolía tanto. La lactancia fue horrible en mi caso.
5	No, ese no era el problema, el problema es que a mi hija nunca le diagnosticaron nada, sigo sin saber qué le pasó, ella solo se recuperó con el pasar de los días.

CASO	PREGUNTA 8: ¿Cómo se siente usted cuando su hijo demanda su presencia?
1	Mi mamá era la que hacía todo, yo me sentía nerviosa, no sabía qué hacer entonces los primeros días ella hacía todo. Ahora ya no, ahora ya no me da miedo, como vivimos solos los dos yo me encargo de todo y ya ni al médico le hago mucho caso porque sé que mi bebé esta bien porque yo le veo bien.
2	Cuando mi hija llora a veces me desespero mucho, por ejemplo cuando llego cansada de la universidad y de repente se pone insoportable me dan ganas de irme de ahí, no sé qué hacer, me irrito demasiado, pero solo es un ratito porque

	sé que le pasa algo y que necesita de mí entonces ya me pongo bien y me acerco a ver qué necesita.
3	Al comienzo cuando lloraba por hambre yo lloraba por el dolor, luego también fue feo porque mi esposo tuvo que regresar a trabajar y me quedé solita, eso fue terrible para mí porque los primeros días quien se hizo cargo de todo fue mi esposo y con él no lloraba tanto, cuando me quedé sola yo estaba desesperada sin saber qué hacer y le llamaba a mi esposo a la oficina y él me decía qué hacer. Ahora que ya le doy fórmula y que me quedo todo el día con la nena ya estoy más tranquila y ya hago las cosas sola.
4	Cuando mi hija lloraba por hambre, al comienzo era horrible, era la tortura de nuevo, me daban ganas de que coma todo en ese momento y que no quiera comer más en todo el día. Comía, me dolía y cuando el dolor comenzaba a irse ya tenía que comer de nuevo. Por eso opté por sacarme la leche una vez al día, me sacaba todo con un aparato y eso me aguantaba todo el día, era un solo dolor y así mi esposo podía darle en las tetitas por la noche. No es que sentía un rechazo frente a mi hija sino un rechazo frente a la necesidad de mi hija, a esa necesidad, a que me coma.
5	Cuando mi hija llora y no sé qué le pasa siento que puede tener algo grave, estoy a la espera de lo peor es como un baúl lleno de sorpresas, me siento como cuando te van a asaltar, así como que te late el corazón rapidísimo, como que no puedo respirar bien, sentía que me ponía pálida y veía como una nube.

CASO	PREGUNTA 9: Cuando su hijo llora ¿le es fácil a usted identificar las razones por las que lo hace?, cuénteme un poco más sobre esto.
1	Estaba yo como paralizada, como que no sentía nada y no sabía nada, solo lloraba mucho, cuando me fui de la casa de mi mamá ahí sí que me tocó solita y ya pude hacer todo y como ahí ya comía de mi seno entonces todo fue mejor.
2	Cuando recién nació no sabía qué le pasaba cuando lloraba, no sabía qué quería. Yo intentaba callarle pero si no se calmaba le daba a mi esposo y él como que sí tenía más experiencia, quizás porque tiene hermanas menores pero yo sí que no sabía.
3	Cuando mi esposo tuvo que regresar a trabajar y me quedé solita, eso fue terrible para mí porque los primeros días quien se hizo cargo de todo fue mi esposo y con él no lloraba tanto, cuando me quedé sola yo estaba desesperada sin saber qué hacer y le llamaba a mi esposo a la oficina y él me decía qué hacer. Ahora que ya le doy fórmula y que me quedo todo el día con la nena ya estoy más tranquila y ya hago las cosas sola pero en la tarde cuando él vuelve él se encarga de todo, yo ya le entiendo a mi hija y ya no me asusta quedarme sola con ella pero si prefiero cuando está mi esposo.
4	Yo creo que la Vale es súper expresiva, supo comunicarse conmigo y con su papá desde pequeña, es evidente cuando le pasa algo y cuando algo le

	incomoda y por ese lado siempre supe que algo pasaba con la lactancia. Aunque al comienzo si era un poco torpe y vacilaba en saber qué era lo que quería creo que no tuve lío con nada más que con la lactancia.
5	Ahora sí pero al comienzo no, era horrible no saber qué le pasaba a mi hija, yo sabía que no era algo relacionado con mi alimentación o con la leche pero hasta ahora no sé qué es lo que tenía. Cuando mi hija lloraba yo me desesperaba, le calmaba un poco estar en mis brazos pero no era suficiente.

CASO	PREGUNTA 10: ¿Utiliza chupones cuando quiere calmar el llanto de su hijo?
1	No usó ni usa chupones.
2	Sí, siempre desde el comienzo le dábamos el chupón y a veces sí funciona, solamente quiere tener algo en la boca y ya se entretiene y no llora.
3	No hizo falta hacer ésta pregunta, la entrevistadora tuvo la oportunidad de observar que la bebé estaba inquieta y la madre sacó el chupón y se lo puso en la boca.
4	Es tranquilita, a veces si le damos chupones y como ahora parece que le están saliendo los dientes entonces le damos para que no le duela tanto y no lllore.
5	Yo intentaba con chupones y con todo lo que podía pero no se calmaba ni con eso, solo se quedaba más tranquila estando en mis brazos.

CASO	PREGUNTA 11: ¿Se siente más cómoda si es que delega a una persona de confianza tareas como la alimentación, el baño y el cambio de pañal de su bebé?
1	Yo no hacía nada, solo le veía a mi mamá como hacía todo. Ahora como yo no trabajo ya me encargo de todo de mi bebé y está todo bien, me gusta encargarme del Ernesto, es un niño muy sano y feliz.
2	Mi relación con mi esposo siempre ha sido buena, en el embarazo él me cuidaba, me daba frutitas y ahora mi nena es muy apegada a él por eso él se encarga de más cosas que yo, conmigo llora más. Me siento segura de que él le cambie o le bañe y ahora como él ya puede darle de comer con el biberón entonces él hace eso también.
3	En la clínica yo estaba segura porque alguien experto en bebés estaba ahí todo el tiempo, Los primeros días quien se hizo cargo de todo fue mi esposo yo no podía ni moverme, él logró que Ana tenga una rutina y yo solo tenía que darle de comer y era la peor parte. Cuando me quedé sola porque él tuvo que volver al trabajo yo estaba desesperada sin saber qué hacer y le llamaba a mi esposo a la oficina y él me decía qué hacer. Ahora que ya le doy fórmula y que me quedo todo el día con la nena ya estoy más tranquila y ya hago las cosas sola, pero en la tarde cuando él vuelve él se encarga de todo, yo ya le entiendo a mi hija y ya no me asusta quedarme sola con ella pero si prefiero cuando está mi esposo.
4	Mi esposo y yo siempre nos hicimos cargo de todo, no dejamos que nadie más

	<p>se meta en esto y sí me sentía cómoda cuando él se hacía cargo, sobre todo los primeros días que yo estaba débil por la cesárea, él le cambiaba y le bañaba, ahora en las noches es él quien se levanta y le atiende porque quiere que yo descanse bien y pase con la bebé todo el día.</p> <p>Lo bueno de la fórmula es que mi esposo puede hacerlo también entonces no es algo exclusivo de la madre sino que, el padre puede involucrarse también en esto.</p>
5	<p>Cuando los médicos le hacían estudios y de alguna forma se ocupaban del problema sí me sentía más tranquila pero igual estaba a la espera de lo peor, mi esposo y yo siempre nos hemos hecho cargo de todo, no hemos dejado que nadie más se meta en esto.</p> <p>A veces los demás quieren ayudar y esa ayuda que quiere hacer un bien puede convertirse en una separación del vínculo, de la intimidad, del espacio y del tiempo, de la madre con su hijo. Una madre no puede sentir lo que le dice su instinto si la gente opina, si da consejos y eso es estresante. A veces pienso que es mejor que no haya podido tomar mi leche porque me estreso, es incomodo hacerlo cuando hay visitas, cuando sales a la calle, la ropa que tienes que usar para dar de lactar.</p>

CASO	<p>PREGUNTA 12: ¿Cómo se siente usted cuando atiende a su hijo en las siguientes circunstancias?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuando debe bañarlo: ➤ Cuando le va a cortar las uñas: ➤ Cuando es hora de alimentarlo y sacarle los gases: ➤ Cuando es hora de comer:
1	No me atrevía ni a ponerle la ropa porque parecía tan delicado y estaba como paralizada, ahora me gusta hacer todo.
2	Me siento bien pero si ya comienza a llorar mucho le doy a mi esposo y con él se queda tranquila, lo que menos me gusta es bañarle porque ahí es cuando más llora.
3	<p>Algunas tareas espero a la tarde-noche para hacerlo con mi esposo. Hasta ahora nunca le he bañado sola, es que él tiene más fuerza y con él no llora tanto, entonces esperamos hasta la tarde para bañarle juntos y él también le corta las uñas.</p> <p>Con la alimentación yo tenía la ilusión de que mis senos se pongan bien y pueda darle pero no fue así, me siento aún muy culpable, no sé si hice bien en quitarle el seno (llora cuando habla de esto), aun cuando preparo las tetitas me cuestiono si es que fue la mejor decisión, pero bueno, veo a Ana feliz y me quedo tranquila, además parece que le gusta porque nunca llora.</p> <p>Los gases le saco siempre después de comer y las uñas le corta mi esposo, tiene los dedos muy pequeñitos me da miedo hacerle daño.</p>
4	Me siento bien, lo único difícil para mí ha sido la lactancia, solo ahí sentía que era incapaz y que algo debía estar pasando.

5	Es como un baúl lleno de sorpresas, al estar a la espera de alguna cosa nueva me pone muy nerviosa, sin embargo ahora creo que puedo estar más tranquila, reconozco el llanto de mi hija y puedo hacer todo con ella, pero al comienzo era horrible todo porque siempre estaba llorando y yo me sentía muy culpable porque no sabía qué le pasaba.
----------	--

CASO	PREGUNTA 13: Ha sentido usted en algún momento que podría estar haciendo algo mal cuando de cuidar a su hijo se trata.
1	Antes pensaba que hacía todo mal, y como todo el mundo me decía cosas ahí me iba peor, por eso prefería que mi mamá se encargue pero ahora no, si sé que a veces tengo errores, por ejemplo el otro día yo por estar en el teléfono no me di cuenta y se golpeó contra la mesa y bueno claro que ese momento me preocupé pero sé que esas cosas pasan y ya no me siento tan mal.
2	No, no he sentido eso, al comienzo como que parecía que no iba a poder con todo y como ya entraba a la universidad y no iba a pasar mucho tiempo con ella eso me daba miedo, pero nos hemos organizado para cuidarle con mi esposo o a veces con mi suegra y ya.
3	Yo me ponía nerviosa, los primeros días porque me tocaba darle de comer y me dolía mucho. Yo sentía muchísima culpa, me cuestionaba si estaba haciendo las cosas bien, pensaba que no estaba formando el vínculo con mi hija que tanta veces leí.
4	Si me sentí muy mal sobre todo escuchando a la gente que me decía que me complicaba mucho sacándome la leche y guardando en biberones para después darle, me decían que la lactancia es una cosa fácil y que yo me estaba complicando mucho. Cuando la Vale fue diagnosticada como alérgica a la leche materna para mí fue terrible porque me había hecho muchas expectativas con lo de la lactancia. Recomendando a las mujeres, no tener expectativas muy altas, mientras más alto es el vuelo, más duro es el golpe y me di cuenta que la maternidad es mucho más que la lactancia. Ahora entiendo que lo mejor para mi hija es lo que a mí me hace bien y son las madres las que deciden la forma en la que van a alimentar a sus hijos. Probablemente si la Vale no hubiera sido diagnosticada como alérgica a la leche yo no hubiera aguantado tanto tiempo sacándome la leche y menos dándole de lactar y seguramente hubiera terminado dándole formula.
5	Siempre me sentía culpable por no saber qué le pasaba a mi hija, por no poder darle lo que necesita y no entender nada sobre ella, yo me sigo sintiendo culpable porque sé que no debía parar la lactancia, sé que eso no era lo que le hacía daño a mi hija y aun así hice caso a los médicos y lo hice.

CASO	PREGUNTA 14: ¿Presentó su bebé vómito al momento de darle de lactar, cual fue su reacción frente a ello?
1	Nunca vomitó ni nada, cuando ya cogió mi seno no lo soltó hasta ahora. Los primeros días cuando le daba formula tampoco, solo lloraba cuando le acercaba el seno.
2	Ahora que recuerdo un par de veces si creo que vomitó pero más lloraba mucho, como que no le gustaba de verdad el sabor de mi leche.
3	No recuerdo si vomitaba, es que yo solo le daba de comer y después mi esposo se la llevaba, pero quizás si lo hacía porque comía muy rápido y bastante, yo supongo que por eso mi esposo le cambiaba de ropa a cada rato durante el día.
4	Siempre vomitaba, lloraba y tenía granitos en la cara, yo estaba desesperada al comienzo porque sabía que algo le pasaba pero no sabía qué era.
5	Sí, a penas comía vomitaba y yo solo estaba en alerta todo el tiempo, sin saber qué hacer porque los médicos no sabían qué le pasaba tampoco.

CASO	PREGUNTA 15: ¿Alguna vez su bebé tuvo cólicos después de la lactancia, cuénteme qué hizo y cómo se sentía usted en ese momento?
1	Creo que no, cuando ya pudo lactar ya me quedé más tranquila y todo ha estado bien.
2	No aplica esta pregunta.
3	No aplica esta pregunta.
4	Yo creo que si le dolía mucho su pancita, se le notaba muy molesta, lloraba tanto que yo creí que era por su llanto que hizo caca con sangre, yo la llevé al médico unas dos veces y ellos me decían que todo estaba bien, hasta el que tercero al que fui le diagnosticó como alérgica a la leche y fue ahí que estuve más tranquila porque entendí que eso era lo que le pasaba pero cuando estaba dándole de lactar o sacándome la leche estaba todo el tiempo asustada y en alerta de saber qué tenía mi hija.
5	Parecía que sí sufría muchísimo y le dolía y peor cuando descubrimos que tenía la hernia seguro que la pobrecita tenía mucho dolor, yo no podía hacer más que estar a su lado, cuando yo le tenía en mi pecho ella sí se calmaba un poquito.

CASO	PREGUNTA 16: ¿Notó presencia de diarrea después de la lactancia?
1	No diarrea nunca, el médico vio la caquita de Ernesto en algunas consultas y dijo que estaba todo bien.
2	Si era diferente la caquita cuando lactaba y cuando tomaba formula, con mi leche como que si era más aguada.
3	Con la fórmula la caquita es dura, yo no sé como era cuando tomaba del seno porque nunca le cambié. (Corta su discurso)
4	(Enseña fotos a la entrevistadora del color de las defecaciones de la bebé). Cuando de verdad me asusté fue porque le salía hasta sangre, la caca era horrible de verdad, parecía que algo adentro se le había lastimado, hizo caca de

	esa forma dos veces y cuando no era crítico igual era feo.
5	Sí tenía diarrea y sangre a veces también por eso el médico me recomendó cambiar mi alimentación pero eso no fue suficiente.

CASO	PREGUNTA 17: ¿Cómo fue su relación con el papá del niño/a durante el embarazo y al momento en que su hijo nació?
1	<p>El papá cuando supo no quiso que yo tenga a mi hijo, él quería que aborte, ahí comenzamos a tener un montón de problemas hasta que mas o menos a los 5 meses de embarazo ya nos separamos definitivamente, yole decía que si iba a tener a mi bebé y él no me apoyaba. (Muestra en la pregunta bastante distanciamiento).</p> <p>Yo prefiero hacerme cargo sola de todo, por suerte con la indemnización de mi trabajo tengo plata para pasar con mi hijo al menos un año y mis papás me apoyan.</p> <p>Cuando el papá a veces viene a visitarle Ernesto llora mucho, no se deja cargar, se pone como molesto y parece que se da cuenta de que su papá primero lo rechazó a él.</p>
2	Siempre ha sido buena la relación, él se preocupa mucho por las dos y es un muy buen papá. Me siento segura y confío mucho en él.
3	No hizo falta mencionar ésta pregunta ya que mencionó durante toda la entrevista a su esposo y yo apoyada que se ha sentido por él en el cuidado de la niña.
4	<p>Mi relación con mi esposo es bastante buena, siempre nos apoyamos. Nosotros fuimos enamorados mucho tiempo y planificamos nuestra familia, compramos nuestra casa y hemos podido salir adelante siempre juntos.</p> <p>Compartimos todas las decisiones y con respecto a la lactancia, él siempre me decía que apoyaba la decisión que yo quiera tomar, cuando me sacaba la leche y todos me criticaban él me decía que si eso me hacía sentirme mejor pues lo íbamos a hacer de esa forma.</p> <p>Mi esposo ha sido fabuloso en este tiempo.</p>
5	La persona en quien más confío y confié en ese tiempo siempre fue mi esposo, él siempre estuvo pendiente de en los primeros días fue él quien le daba la leche que ella se sacaba de sus senos para que yo pudiera descansar. Fue mi esposo quien se encargó de darle de comer y bañarle. Eso me daba mucha seguridad a mí de que mi hija estaba en buenas manos, nosotros tomamos las decisiones siempre solo los dos, evitamos opiniones de los demás y ahora toman en cuenta la intuición que sienten como padres para cuidar de sus hijos.